Проф. Е. А. Садвокасова

Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи



Издательство «Медицина»
Москва — 1969

УДК 618.39 : 614

В работе изложены результаты многолетнего (около 30 лет) изучения автором проблемы аборта за рубежом (экономически развитые и развивающиеся капиталистические и социалистические страны), в дореволюционной России и в СССР по литературным источникам и на основании специальных статистических исследований: а) карт учета аборта в период его запрета в СССР за 1937—1939 гг. и б) собранных автором за 1958—1959 гг. анкет о причинах аборта после отмены его запрета.

Работа представляет интерес для практических врачей (акушеров-гинекологов и организаторов здравоохранения) и научных работников (врачей-акушеров и социал-гигиенистов, демографов и экономистов), так как вводит их в круг вопросов, связанных с проблемой регулирования числа детей в семье и ролью аборта в этом аспекте.

В работе на основании статистических материалов показан вред аборта как одного из распространенных способов искусственного прерывания беременности и отдается предпочтение противозачаточным средствам, щадящим здоровье женщины.

На основе анализа причин аборта и демографических материалов об уровнях рождаемости на различных территориях СССР (город, село, союзные республики) указываются государственные и общественные мероприятия, содействующие обеспечению оптимального уровня плодовитости.

5—1
296—69

ВВЕДЕНИЕ

В демографической статистике существуют два понятия: «рождаемость» и «женская плодовитость», с различной степенью точности определяющие интенсивность рождения живых детей в той или иной группе населения. Оба показателя обычно исчисляются за календарный год. Они совершенно не отражают биологической возможности женщины производить потомство, а зависят от социальных условий в широком их понимании, в которых находится женщина.

Человечество давно научилось ограничивать число рождаемых детей. Многовековая история сознательного ограничения рождаемости показывает, что если не считать относительно редких случаев убийства рожденных детей, то существует три способа ограничения: предохранение от возможного зачатия путем стерилизации одного или обоих родителей, применение разного рода противозачаточных средств и умерщвление зародыша в утробе матери (аборт).

Показателем женской плодовитости является среднее число живых детей, рожденных в течение календарного года на 1000 женщин так называемого плодовитого возраста, условно ограничиваемого возрастной группой 15—49 лет, в некоторых случаях 15—45 лет.

Принятый в демографической статистике показатель женской плодовитости включает лишь часть всей женской плодовитости, так как при его расчете не учитываются состоявшиеся зачатия, закончившиеся рождением мертвого ребенка, и аборты (поздняя и ранняя смерть плода — foetal death).

Ясно, что в понятие «женская плодовитость» не входят зачатия, не состоявшиеся в результате эффективного употребления противозачаточных средств.

В публикуемых демографических материалах обычно используется показатель рождаемости, под которым понимается среднее число живых детей, рожденных в те-

чение года на определенной территории на 1000 населения. Так как при этом не учитывается состав населения по полу и возрасту, показатель рождаемости является «грубым» (crude) статистическим показателем.

Применение этого показателя вызвано в основном тем, что в большинстве стран государственная статистика располагает за каждый календарный год более или менее достоверными сведениями о числе детей, родившихся живыми, и общей численности населения, не имеет достаточно точных данных о мертворождениях, а в годы между переписями не имеет точных сведений о возрастно-половом составе населения. Таким образом, мировая статистика в большинстве случаев имеет возможность получать только обычные «грубые» показатели рождаемости.

Если не принимать во внимание различий в определении понятий «живорожденный» и «мертворожденный» ребенок, что, конечно, также имеет значение при исчислении показателя рождаемости, то государственная статистика большинства стран мира имеет более или менее сопоставимые сведения об этой части женской плодовитости (живорожденные).

Что касается статистики аборта (искусственного прерывания беременности), то она в силу ряда объективных причин, самой существенной из которых следует считать запрет искусственного аборта уголовным законодательством многих стран, является наименее разработанной главой демографии.

Именно поэтому Комитет экспертов статистики здоровья Всемирной организации здравоохранения в резолюции второй сессии в Женеве (апрель 1950 г.) отметил необходимость наряду с другими вопросами изучать также размеры ущерба, наносимого численности населения смертью плода в различные периоды беременности, в том числе изучать ущерб, наносимый абортом.

В материалах Организации Объединенных Наций (Нью-Йорк, 1954) в разделе детской смертности констатируется, что статистика раннего и позднего аборта очень несовершенна и в данное время не может быть отнесена ко всему населению какой-либо страны. Следовательно, возможность исчислять сколько-нибудь достоверные показатели частоты аборта отсутствует.

Последнее утверждение было правильно в начале 50-х годов, но потеряло свое значение сейчас, так как

в странах, где операция искусственного прерывания беременности не преследуется законом, имеется более или менее достоверная государственная статистика аборта[1]. Кроме того, даже в странах, где аборт запрещен законом, на основании специальных статистических исследований и ряда различного рода косвенных данных делаются примерные, более или менее точные расчеты возможного количества абортов.

На протяжении многовековой истории человечества менялись как взгляды на вопросы ограничения рождаемости, так и техника предохранения от беременности и искусственного ее прерывания (аборта). Эта техника продолжает совершенствоваться.

Нет нужды доказывать, что аборт представляет собой проблему, затрагивающую не только личные и семейные интересы женщины, но в известной мере и интересы государства, так как он является одним из методов ограничения рождаемости. По правильному выражению некоторых зарубежных ученых, аборт за последние примерно немногим более чем полсотни лет превратился в мировую проблему, ибо во многих странах его уровень превысил уровень рождаемости или равен ему.

Опыт многих стран в течение десятилетий показывает, что ни строгий запрет аборта законом, ни широкая его легализация не могут ликвидировать криминальный аборт. По мнению большинства акушеров-гинекологов, аборт, даже произведенный опытным врачом в больничной обстановке, не является хирургическим вмешательством, безопасным для здоровья женщины, так как нередко влечет за собой различного рода ближайшие и отдаленные осложнения вплоть до стойкого бесплодия, а в некоторых, хотя и редких, случаях приводит к смерти женщины.

В современных условиях борьба с искусственным прерыванием беременности путем аборта прежде всего преследует цель сохранения здоровья женщины.

Темой данного исследования является искусственное прерывание беременности (аборт) и его значение в деле ограничения рождаемости. Вопросам предохранения от беременности специальное внимание не уделяется и они

---

[1] Под абортом понимается гибель плода раньше, чем его можно назвать мертворожденным, т. е. до достижения им полных 28 недель внутриутробного развития (ранняя смерть плода).

затрагиваются лишь постольку, поскольку их нельзя избежать при изложении основной темы.

Темой аборта в изложенном выше аспекте автор занимается с 1937 г., после того как в 1936 г. в СССР была запрещена операция искусственного прерывания беременности (аборт) без строгих медицинских к тому показаний. В связи с этим с целью получения сведений о числе абортов в условиях их запрета Народным комиссариатом здравоохранения СССР был установлен государственный учет всех случаев аборта как по медицинским показаниям (полный искусственный аборт), так и начатых или начавшихся вне лечебного учреждения (неполный аборт), на специальных регистрационных документах: «карта аборта».

Собирание, разработка и анализ материалов этого учета были осуществлены автором в Центральном научно-методическом бюро санитарной статистики Наркомздрава СССР, директором которого в то время был проф. П. А. Кувшинников.

В бюро было собрано и разработано за 1937—1939 гг. по 30 территориям РСФСР около 400 000 карт аборта, что составляло более 80% всех зарегистрированных на этих территориях абортов. В разработку вошли также полученные из 6 областей УССР материалы за 1938 г., охватившие от 60% (Одесская область) до 86% (Винницкая область) всех зарегистрированных абортов.

Кроме этих материалов, были разработаны сведения о летальности при аборте и отдельные отчетные данные о работе женских консультаций за 1939 г. в некоторых городах Российской Федерации.

В конце 1955 г. в СССР был отменен указ о запрещении абортов. Каждый случай аборта, по поводу которого женщина была госпитализирована, подлежал учету наравне с другими случаями помещения больного на койку. Первичным документом статистики аборта в стране стала «карта выписанного больного»; на основе этих карт составлялась специальная отчетность о числе абортов.

Эти материалы были статистически обработаны и использованы автором вместе с данными выборочного опроса 25 902 женщин, которым был произведен аборт в 1958—1959 гг. в лечебных учреждениях Российской Федерации. Результаты этих исследований были сопоставлены с материалами прошлых лет и использованы при написании данной работы.

РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ

ПРОБЛЕМА АБОРТА ЗА РУБЕЖОМ И В СССР

Отношение к регулированию рождаемости вообще и к аборту в частности зависит от политики населения и потому претерпевает значительные изменения в одной и той же стране в историческом аспекте, резко различаясь в разных странах в один и тот же период.

ПЕРИОД ДО ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ 1914—1918 ГГ.

Конец XIX и начало XX века в Западной Европе, Японии и США характеризуются развитием империализма, т. е. перерастанием промышленного капитализма в монополистический, бурным ростом городов, увеличивающимся вовлечением женщин в промышленное производство. Одновременно повысился культурный уровень основной массы населения и возросла стоимость жизни. Все это вынудило брачные пары, главным образом в городах, прибегать к различного рода мерам с целью регулирования размеров семьи, что, естественно, повлекло за собой снижение рождаемости.

Следует принять во внимание, что среди других причин снижения рождаемости со временем все больше места начинают занимать такие демографические факторы, как повышение в составе населения доли лиц пожилого возраста, увеличение возраста вступления в брак, снижение детской смертности, рост средней продолжительности предстоящей жизни и др.

Известно, что в силу ряда экономических и политических причин Россия и Балканские страны в это время значительно отставали от стран Западной Европы в своем капиталистическом развитии.

В конце XIX — начале XX века рождаемость в России была очень высокой (около 50 рождений на 1000 населения в среднем за год). В Балканских странах она была несколько ниже, однако все же находилась на высоком

уровне (около 40‰). В странах Западной Европы в это время показатель рождаемости был значительно ниже и в 1900 г. в Англии составлял 29‰, в Германии — 36‰, во Франции — 21‰.

Эволюция политики населения во Франции, в частности законодательное отношение к искусственному прерыванию беременности (аборту), представляет особый интерес в связи с тем, что именно Франция является примером капиталистической страны, где длительное время была весьма низкая рождаемость (в 1910 г.— 19,9‰), в результате чего в стране имелся незначительный либо даже отрицательный прирост населения (в 1911 г.—0,9‰). Именно поэтому накануне первой мировой войны Франция являла собой страну, стоящую на грани депопуляции.

Уголовный кодекс Наполеона, введенный во Франции в 1810 г., не содержал определенных указаний о запрещении аборта. Первый закон, препятствующий регулированию рождаемости, появился во Франции лишь 110 лет спустя в связи с неблагоприятным влиянием первой мировой войны на рост населения страны.

Из группы так называемых Скандинавских стран представляют интерес Швеция и Норвегия. В Швеции еще в XVIII веке аборт строго преследовался законом: за него полагалась кара вплоть до смертной казни. Однако через 100 лет, т. е. в XIX веке, несмотря на строгости закона, число абортов в стране не только не уменьшилось, но даже стало расти. В это время наиболее распространенным химическим средством прерывания нежелательной беременности был мышьяк, а несколько позднее — желтый фосфор. В результате применения его в конце прошлого столетия был зарегистрирован 1271 случай отравления с довольно высоким процентом смертельных исходов.

До конца XIX века в Швеции существовал неписаный закон, по которому два врача имели право решать вопрос о необходимости аборта по медицинским показаниям в случаях, когда продолжение беременности могло угрожать жизни или здоровью матери.

В XX веке химические противозачаточные средства стали уступать место механическим.

В Норвегии, согласно закону от 1899 г. и Уголовному кодексу 1902 г., разрешался лишь аборт, произведенный для спасения жизни или сохранения здоровья женщины,

хотя специальные медицинские показания к его производству уточнены не были. Всякий другой аборт был по закону наказуем. Женщина, которой был произведен нелегальный аборт, получала за это 3 года тюрьмы, а лицо, произведшее аборт,—6 лет; в случае смерти женщины срок наказания увеличивался с 6 лет до пожизненного тюремного заключения.

В Англии первые два закона об аборте относятся к 1803 и 1828 гг. На их основе наказание за аборт было дифференцировано в зависимости от срока беременности. Так, при наличии движения плода аборт квалифицировался как убийство человека со всеми вытекающими отсюда последствиями. Такое чрезмерно строгое отношение закона было вызвано требованиями церкви. В последующем (третьем по счету) законе от 1837 г. это строгое разграничение было упразднено. С 1861 г. в Соединенном Королевстве существует основной закон («Offences Against the Person Act»), сохранившийся до настоящего времени, в котором в последующие годы менялись лишь размеры наказания (пп. 58 и 59), а существо оставалось неизменным. Этот закон относит аборт к строго наказуемым преступлениям, караемым каторгой или тюремным заключением.

В Германской империи в XVI веке Уголовное законодательство Карла V наказывало за производство аборта не только женщину, но и ее мужа высшей мерой наказания — смертью. Имперский Уголовный кодекс Германии, утвержденный в 1870 г., регламентировал строгое наказание за производство аборта. Согласно тексту этой статьи, женщина, добровольно допустившая убийство ребенка в своей утробе, подвергалась тюремному заключению, а в особо тяжелых случаях направлялась на каторжные работы. Наказуема была также попытка произвести аборт.

Лицо, сделавшее женщине аборт, наказывалось каторжными работами, а в более благоприятных случаях подвергалось тюремному заключению.

Лица, доставляющие женщине средства или предметы, предназначенные для производства аборта, подвергались тюремному заключению, а в особо важных случаях карались каторжными работами.

Лица, рекламирующие средства, вызывающие аборт, подвергались тюремному заключению сроком до 2 лет или штрафу.

Публичное предложение своих услуг для производства аборта каралось тюремным заключением на срок не менее чем 2 года или штрафом.

Все сказанное не касается аборта по медицинским показаниям, т. е. искусственного прерывания беременности с целью спасения жизни или здоровья женщины.

В начале XX века, когда в Германском государстве, как и во всех капиталистических странах Европы, стала падать рождаемость, правительство страны обратило внимание на демографический аспект аборта.

В Испании, где большое влияние имела римско-католическая церковь, аборт был запрещен законом в 1870 г. По этому закону наказуемы не только аборт, но и продажа и рекламирование противозачаточных средств. Тот, кто вызывает аборт, подвергается тюремному заключению: если это произошло с ведома женщины — краткосрочному; если при этом не было согласия женщины — продолжительному. Максимальный срок тюремного заключения полагается в тех случаях, когда имеются факты насилия, запугивания, угроз или обмана женщины. Наказание полагается даже тогда, когда аборт был сделан ошибочно женщине, фактически не беременной.

Женщина, если она согласилась на аборт или сделала его себе сама, подвергалась краткосрочному тюремному заключению. Если аборт был совершен женщиной с целью сокрытия своего бесчестия, она подвергалась за это аресту на долгий срок. То же наказание полагалось и родителям в случае, если они содействовали производству аборта.

В случаях смерти женщины в результате произведенного ей аборта или тяжелого ущерба ее здоровью родители подвергались краткосрочному тюремному заключению. Врач, акушерка, фельдшер и другие лица, имеющие медицинский диплом, за производство аборта или способствование ему подвергались максимальному наказанию и штрафу. Фармацевт или его помощники, отпускающие средства, способствующие аборту, без врачебного рецепта, подвергались аресту на длительный срок и штрафу.

Наказывались долгосрочным арестом и штрафом лица, которые предпринимали в отношении медикаментов, инструментов, аппаратов, средств или действий, способных вызвать или облегчить аборт или избежать потом-

ства, один из следующих актов: злоупотребление ими в целях прибыли, что распространялось на лиц как имеющих, так и не имеющих медицинский диплом; продажу их лицам, не принадлежащим к медицинской корпорации, или коммерсантам, не имеющим разрешения на торговлю ими; предложение для продажи, продажу, дачу или добывание их, это относится ко всякому виновному в одном из подобных деяний; разглашение в какой-либо форме средств, употребляемых против зачатия, публичную выставку их или предложение продать; все виды пропаганды противозачаточных средств.

Лица, виновные в производстве аборта, кроме упомянутых ранее мер наказания, приговаривались дополнительно к специальной неправоспособности: запрещению работать в медицинских учреждениях как общественных, так и частных.

В царской России, как и во всех государствах того времени, искусственный аборт был запрещен. Передовая медицинская мысль в лице Общества врачей в память Н. И. Пирогова, придавая этому вопросу большое значение, обсуждала проблему аборта на нескольких съездах общества. Так, на III Пироговском съезде в 1889 г. было заслушано по этой теме два доклада: П. Зайдлера «К вопросу о показаниях к предотвращению беременности» [20][1] и Н. В. Тальберга «О преступном выкидыше с медицинской и социальной точек зрения и о мерах борьбы против прогрессивного увеличения числа случаев преступного выкидыша» [49].

Первый докладчик требовал разрешения аборта лишь в случаях медицинских к нему показаний в связи с болезненным состоянием беременной. Аборт по каким-либо другим показаниям П. Зайдлер считал безнравственным поступком.

Второй докладчик ставил вопрос иначе: он требовал смягчения наказания за аборт самой женщины и призывал врачей к борьбе с криминальным абортом. На акушерско-гинекологической секции V съезда Общества врачей в память Н. И. Пирогова в 1893 г., на материалах Харькова и примыкающих к нему территорий был сделан доклад И. Н. Чунихиным на тему «К статистике выкидышей и преждевременных родов среди народо-

---

[1] Здесь и дальше числа в квадратных скобках обозначают номер литературного источника в списке на стр. 183—190.

населения России». Данные автора, касавшиеся 1610 женщин, позволили ему прийти к заключению, что абортами и преждевременными родами заканчивалось более $^1/_5$ всех беременностей (22,1%).

На IX съезде того же общества в 1904 г. специальной комиссии было поручено разработать во всех деталях вопрос об аборте как с медицинской, так и с общественной точек зрения для доклада его следующему съезду.

На XII съезде в 1913 г. тема «Искусственный выкидыш» была поставлена программным вопросом повестки дня по отделу акушерства и женских болезней.

Съезд заслушал три доклада: Л. Г. Личкуса (Петербург) на тему «Искусственный преступный выкидыш» [28], Я. Е. Выгодского (Вильно) [12] и специальной комиссии Омского медицинского общества по борьбе с искусственными выкидышами. Первый докладчик привел данные о росте числа преступных выкидышей в Петербурге за последние 15 лет, где они увеличились в 10 раз и составляли 20% к числу рождений. В качестве мер борьбы с абортом Л. Г. Личкус предлагал: в дополнение к медицинским показаниям ввести небольшое количество социальных показаний к производству искусственного аборта; организовать дело охраны матери и ребенка; отменить наказание самой женщины, оставив уголовную ответственность лишь по отношению к врачу-профессионалу. Второй докладчик связал в своем сообщении рост выкидышей с улучшением техники производства аборта. По его данным, незаконный аборт составлял 75% всех учтенных абортов.

В качестве мер борьбы с абортом Я. Е. Выгодский предлагал предупреждение беременности; расширение медицинских показаний к производству аборта и введение социальных к нему показаний и переложение заботы о воспитании ребенка с семьи на государство.

Комиссия Омского медицинского общества рассматривала аборт по социальным показаниям как порождение существующих социальных условий. Комиссия предложила ряд мер по снижению все растущего количества абортов, в том числе и отмену уголовной наказуемости аборта.

Развернувшиеся по этим докладам прения пошли в направлении требований необходимости легализации

аборта. Ряд выступавших по этому вопросу врачей скатился на позиции неомальтузианства.

В. И. Ленин в своей статье «Рабочий класс и неомальтузианство», опубликованной в газете «Правда» от 13 июня 1913 г., резко выступил против прозвучавших в прениях на XII Пироговском съезде неомальтузианских идей (И. Д. Астрахан и др.). Он писал о реакционном убожестве социального неомальтузианства, указывая на разницу, существующую между психологией мелкого буржуа и пролетария. Мелкий буржуа протестует против своего безвыходного экономического положения как представитель гибнущего класса: «хоть детей поменьше».

Рабочий класс растет и закаляется в борьбе, ему надо рождать детей для того, чтобы они боролись лучше их отцов и закончили построение нового общества, начатое отцами.

«Вот почему — и только поэтому — мы безусловные враги неомальтузианства»,— писал В. И. Ленин [1]. «Разумеется, это нисколько не мешает нам требовать безусловной отмены всех законов, преследующих аборт, или за распространение медицинских сочинений о предохранительных мерах и т. п. Такие законы — одно лицемерие господствующих классов. Эти законы не исцеляют болячек капитализма, а превращают их в особенно злокачественные, особенно тяжелые для угнетенных масс. Одно дело — свобода медицинской пропаганды и охрана азбучных демократических прав гражданина и гражданки. Другое дело — социальное учение неомальтузианства»[1].

Съезд принял решение о необходимости отмены уголовного преследования за аборт самой женщины и оставление наказуемости врача лишь в случаях доказанности наличия корыстных целей с его стороны.

Как и во всех других капиталистических странах, запрет аборта в царской России не достигал цели: число криминальных абортов, несмотря на все запреты, непрерывно увеличивалось. При этом состоятельные женщины за дорогую плату имели возможность сделать аборт в больнице, а бедные чаще прибегали к помощи шарлатанов.

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 5-е, т. 23, стр. 257

ПЕРИОД МЕЖДУ ДВУМЯ МИРОВЫМИ ВОЙНАМИ

Конец XIX и особенно начало XX века характеризуются снижением рождаемости во всех странах Европы и Соединенных Штатах Америки.

На уровень рождаемости влияет весьма сложный комплекс различных причин, одной из которых является война. Общеизвестно, что во время войны создается весьма неблагоприятная демографическая ситуация, выражающаяся в снижении рождаемости при значительном увеличении смертности, в результате чего наступает отрицательный прирост населения. В дальнейшем происходит послевоенный, обычно кратковременный, как его называют иногда «компенсаторный», подъем рождаемости. Наиболее простое объяснение такого подъема заключается в восстановлении семейных связей в результате возвращения из армии мужей и заключения новых браков, среди которых много «отсроченных», т. е. таких, оформление которых задержала война. Через некоторое время «компенсаторный» подъем рождаемости обычно начинает спадать и устанавливается новый уровень рождаемости, не всегда достигающий довоенного.

На протяжении первой половины XX столетия история дважды ввергала население нашей планеты в мировые войны. Динамика рождаемости в большинстве стран мира в связи с этими войнами наглядно подтверждает высказанное положение.

В результате первой мировой войны (в 1915—1919 гг. по сравнению с 1912 г.) рождаемость снизилась: в Англии на 20%, в Италии на 30%, во Франции на 40%, в Германии на 41%.

В первые годы после окончания первой мировой войны (1920) наблюдался кратковременный подъем рождаемости во всех странах, принимавших в ней участие, а также в ряде стран, непосредственно в войне не участвовавших (табл. 1 и 2).

В связи с неблагоприятным влиянием первой мировой войны на рост населения через 110 лет после введения Уголовного кодекса Наполеона во Франции 31 июля 1920 г. появился закон, запрещающий производство, продажу и пропаганду противозачаточных средств; он предусматривал также наказуемость производства искусственного аборта. Этот закон был направлен против всякого регулирования рождаемости. Согласно ему лицо,

Таблица 1

Рождаемость во время и после первой мировой войны в странах, принимавших в ней участие[1] (в промилле)

	1915 г.	1920 г.	1925 г.
Германия	20,4	25,9	20,8
Франция	11,8	21,4	19,0
Англия и Уэльс	21,8	25,5	18,3
Австрия	17,7	21,3	20,6
Бельгия	16,1	22,2	19,8
Венгрия	23,8	31,4	28,4
Чехословакия	20,6	26,8	25,1
Италия	30,5	31,8	28,4

Таблица 2

Рождаемость во время и после первой мировой войны в некоторых невоевавших странах[1] (в промилле)

	1915 г.	1920 г.	1925 г.
Швеция	21,6	23,6	17,6
Норвегия	23,5	26,1	19,7
Дания	24,2	25,4	21,0
Швейцария	19,5	20,9	18,5
Япония	33,0	36,2	34,9
Голландия	26,3	28,3	24,2

[1] Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Под ред. А. М. Меркова. В. 1. М., 1959.

произведшее операцию искусственного аборта, каралось тюремным заключением на срок от 1 года до 5 лет с одновременным наложением денежного штрафа.

За побуждение к аборту лица медицинского звания временно отстранялись по суду от своей должности. В случаях, когда аборт фактически не наступил, суд имел право запретить виновному в производстве аборта проживание в данной местности на срок от 2 до 10 лет и наказать его тюремным заключением длительностью от 6 месяцев до 3 лет с одновременным денежным штрафом. Пожизненная каторга грозила всякому лицу, виновному в производстве аборта, закончившегося смертью женщины.

Несмотря на суровость закона, практически он не оказал сколько-нибудь существенного влияния на уровень рождаемости во Франции: снижение рождаемости, отмечавшееся до издания этого закона, продолжалось и после его опубликования. Так, с 1920 по 1940 г. она снизилась с 21,4 до 13,8‰; число абортов при этом неуклонно увеличивалось. В годы перед второй мировой войной в стране ежегодно производилось более полумиллиона абортов [124 и 127].

Вокруг закона 1920 г. в течение многих лет проходила ожесточенная дискуссия, в которой принимало участие большое число врачей. В какой-то степени и под влиянием этой дискуссии в 1938 г., когда рождаемость во Франции достигла уровня 1910 г., в стране был разрешен аборт по медицинским показаниям при условии, если два врача (один из которых является официальным лицом) признают необходимость производства аборта для спасения жизни или здоровья беременной. Законом было предусмотрено обязательное письменное извещение руководителя местного органа здравоохранения о каждом аборте по медицинским показаниям. Обязательность извещения о криминальном аборте не предусматривалась, поэтому статистика этой группы абортов не может претендовать на точность.

Дополнение, внесенное в закон в 1940 г.,. обязывало врачей регистрировать, кроме абортов, также и роды, проведенные на дому.

На основании закона от 1939 г. лицо, произведшее изгнание плода или пытавшееся это сделать, независимо от согласия женщины, карается тюремным заключением от 1 года до 5 лет и денежным штрафом. Если лицо, виновное в указанных действиях, занимается ими систематически, срок тюремного заключения увеличивается до 10 лет, а размер штрафа — вдвое.

Если в производстве аборта обвиняются лица, имеющие какое-либо отношение к медицине (врачи, акушерки, фармацевты, студенты-медики, торговцы лекарственными травами или хирургическим инструментом, больничные служители, массажисты), то, кроме указанного наказания, им может быть запрещено заниматься своей профессией на срок не менее 5 лет, а в особо тяжелых случаях — навсегда. Лица, нарушившие этот запрет, караются тюремным заключением на срок от 6 месяцев до 2 лет и денежным штрафом.

Несмотря на столь строгое законодательство в отношении искусственного прерывания беременности, на протяжении всех этих лет количество судебных дел в связи с абортом было немногочисленным. Даже во время так называемого режима Виши, когда аборт был особенно строго наказуем по закону, в год имелось не более 2000 судебных дел, связанных с абортом.

Хотя Швеция и не принимала участия в первой мировой войне, в послевоенное время в стране увеличилось количество криминальных абортов, косвенным доказательством чего, за отсутствием прямых статистических сведений, служит увеличившееся число смертей от инфицированного аборта. Изучение причин, вынуждающих женщину прибегать к криминальному аборту, показало, что ими являются экономические затруднения, неполадки в семье, стыд иметь незаконнорожденного ребенка и боязнь наследственных заболеваний у потомства.

В 1930 г. аборт в Швеции достиг 10 000 — 12 000 случаев в течение года, что составляло 10—20% всех живорожденных [100]. В 1934 г. был организован первый шведский Комитет по аборту, определивший необходимость установления социальных, евгенических и медицинских показаний к искусственному аборту.

Однако действующий и поныне либеральный закон об аборте вышел значительно позже (17 июня 1938 г.) в результате доклада правительству шведского Комитета по аборту и Комиссии по народонаселению. Этот закон практически вошел в силу с начала 1939 г. В соответствии с ним аборт может быть произведен врачом по просьбе женщины в случаях, когда: продолжение беременности грозит опасностью для здоровья или жизни матери; беременность является результатом насилия над женщиной, факт которого известен полиции; у женщины или ее мужа имеются наследственные болезни. В последнем случае женщина одновременно с операцией аборта подвергается стерилизации. Нужно отметить, что с 1934 г. в Швеции вошел в силу закон о стерилизации лиц, не ответственных перед законом за свои поступки. С 1941 г. это положение было распространено и на лиц, ответственных перед законом. Достаточными поводами для стерилизации являлись наследственные болезни, случаи, когда родители не могут воспитывать детей в связи с психическими болезнями или асоциальным поведением, а также если беременность представляет опас-

ность для жизни или здоровья матери. Необходимость стерилизации определялась двумя врачами, один из которых должен был быть государственным служащим. Всего до 1949 г. было подвергнуто стерилизации 15 486 человек, из них 12 108 женщин; летальность при этой операции составила 0,35% [120].

Необходимость аборта также определяется запротоколированной экспертизой двух врачей, один из которых должен находиться на государственной службе. Разрешение по евгеническим показаниям дает Королевский медицинский департамент. Во всех случаях производства аборта существует порядок обязательной посылки извещения в органы здравоохранения. В связи с экстренным абортом извещение посылается после производства операции. При наличии медико-социальных показаний к аборту требуется согласие мужа или другого родственника беременной. Операция аборта производится в специальной больнице в сроки, не превышающие 20 недель беременности. Во всех остальных случаях аборт наказуем по закону, в соответствии с которым сама женщина подвергается тюремному заключению на срок до 6 месяцев.

Если при соблюдении всех остальных условий закона аборт производит лицо, не имеющее врачебной квалификации, ему полагается наказание, не превышающее 1 года тюремного заключения.

Врач, сделавший незаконный аборт с согласия женщины, карается принудительными работами от 6 месяцев до 2 лет или тюремным заключением не менее чем на полгода. За производство аборта как профессию или в случаях получения за него оплаты полагается более суровое наказание: принудительные работы сроком от 1 года до 6 лет.

Производство аборта без согласия женщины карается принудительными работами на срок от 6 месяцев до 10 лет. В случаях, когда операция аборта причинила вред здоровью женщины или закончилась ее смертью, в наказание полагаются принудительные работы на срок от 10 лет до пожизненных.

Закон 1938 г. в своем первоначальном тексте не предусматривал чисто социальных показаний к искусственному прерыванию беременности. После 1938 г. число абортов в стране стало быстро увеличиваться. В 30-х годах XX века в Швеции был создан «Государственный

союз по половому просвещению», а несколько позднее возникла организация по борьбе с абортами. Работники этой организации, так называемые кураторы, заботились о женщинах, желающих сделать аборт, и принимали меры к тому, чтобы аборт у них не состоялся.

В Дании первые объединения по помощи матери существуют с 1905 г.; именно из них впоследствии развились общественные институты наших дней. Перед первой мировой войной в стране насчитывалось около 8000 абортов в течение года.

В Уголовном кодексе Дании, принятом в 1930 г., специальных медицинских показаний к производству аборта не было, хотя аборт в подобных случаях и разрешался законом. По этому закону сама женщина, виновная в производстве нелегального аборта, получала до 2 лет тюрьмы, лицо, сделавшее ей аборт или помогавшее при этом,— до 4 лет, а в случаях серьезных последствий или смерти женщины — 8 лет. Если же аборт был произведен без согласия беременной, наказание увеличивалось с 2 до 12 лет тюремного заключения.

Специальным законодательным актом от 18 мая 1937 г. были установлены обстоятельства, при наличии которых аборт в Дании разрешался. Разрешение входило в силу в течение апреля 1938 г. — октября 1939 г. На основании этого установления аборт считался законным при следующих медицинских, этических и евгенических показаниях: угроза здоровью или жизни беременной; беременность — следствие насилия или кровосмешения и этот факт известен полиции; наличие у одного или обоих родителей наследственных болезней.

Закон требует, чтобы аборт производился, как правило, не позднее III месяца беременности в государственной больнице врачом, состоящим на государственной службе, при консультации второго врача, наблюдавшего женщину ранее и также являющегося государственным служащим, с последующим обязательным извещением органов здравоохранения о каждом произведенном аборте.

Если имеются нарушения перечисленных условий, женщина наказуется тюремным заключением на срок до 3 месяцев, врач — на 2 года, а при осложнениях или смерти пациентки — на 4 года. Если аборт был произведен без согласия женщины, срок наказания увеличивается до 12 лет.

Несколько раньше выхода в свет закона о легализации абортов (с 11 мая 1935 г.) в Дании уже существовал закон о стерилизации и кастрации; при этом стерилизация применялась главным образом к женщинам, кастрация — к мужчинам. Для производства этой операции необходимо согласие министра юстиции, а в отношении слабоумных — специальной комиссии.

Добровольная кастрация чаще всего бывает связана с таким половым извращением, как гомосексуализм. Принудительная кастрация ни разу не имела места, хотя в тексте закона ей уделен специальный параграф.

В 1939 г. в Дании насчитывалось 475 легальных абортов, из них 12,2% произведенных по гуманным, евгеническим и медико-социальным показаниям. Среди этих причин $^1/_3$ составляли экономические затруднения (плохие жилищные условия и материальная необеспеченность). Для получения разрешения на аборт по медико-социальным показаниям необходимым условием был контакт беременной с Центром охраны материнства [82].

В Норвегии в 1935 г. по настоянию медицинской ассоциации, горячо поддержанному руководством Рабочей партии, в правительство было внесено предложение о разрешении аборта по медицинским, этическим, евгеническим и социальным показаниям. Предложение это вызвало сильную оппозицию со стороны церкви и поэтому не было представлено на рассмотрение парламента.

Следует отметить, что в Норвегии еще с 1915 г. незаконнорожденные дети полностью уравнены в правах с рожденными в браке. Они имеют право носить фамилию отца. С 6 месяцев беременности отец будущего ребенка обязан содержать мать, а после рождения — и ребенка.

В Англии по закону от 1929 г. с внесенной в него в 1948 г. поправкой наказание за аборт квалифицируется следующим образом: «Всякое лицо, которое, имея намерение уничтожить ребенка, могущего родиться живым, совершит какое-либо действие, которое убьет ребенка, признается виновным и подлежит пожизненному заключению, если не будет доказано, что действие было необходимо для спасения жизни матери».

В 1936 г. в Англии была организована «Ассоциация по реформе закона об аборте» с целью подготовки изменений для внесения в существующий закон об аборте.

В 1939 г. Межведомственный комитет по аборту опубликовал специальный доклад, составленный на основании материалов: Британской медицинской ассоциации (1936 г., доклад комитета «Медицинский аспект аборта»); Государственного комитета материнской смертности и заболеваемости (доклады 1930 и 1932 гг.); исследований материнской смертности и заболеваемости в Уэльсе (1937 г.); организации здравоохранения Лиги Наций; данных 47 специальных собраний и 55 очевидцев. Доклад этот охватывает состояние аборта в Англии и Уэльсе и не касается положения в Шотландии. В нем отмечались трудности изучения проблемы аборта в связи с неполнотой и дефектностью существующих статистических сведений по этому вопросу. Из различных доступных для изучения источников вытекает, что абортом в стране заканчивается 16—20% всех беременностей, или примерно 110 000—150 000 абортов в год, среди которых возможно около 40% криминальных [112].

Как и в большинстве других стран, абортов больше: у городских жительниц, чем у сельских; у незамужних, чем у замужних; у женщин старших возрастов, чем у молодых; религиозные женщины делают аборты реже, чем нерелигиозные.

Смертность от сепсиса после аборта в Англии, по материалам комитета, представляла следующую картину (табл. 3).

Таблица 3

Смертность от сепсиса после аборта

Аборт	1926 г.	1937 г.
	число смертей на 1000 живорожденных	
Септический	0,32	0,28
Несептический	0,23	0,08
Криминальный	0,07	0,14
Всего	0,62	0,50

Так как женщины по понятным причинам скрывают факт производства аборта, нередки случаи, когда лишь после смерти женщины становится возможным устано-

вить, что она погибла в результате сделанной ей операции искусственного прерывания беременности.

Среди всех случаев смерти, связанных с деторождением, смерти от аборта составляли в Англии и Уэльсе (в процентах к итогу) следующие цифры (табл. 4).

Таблица 4

Процент смертей от аборта среди всех случаев смерти, связанных с деторождением

Источник	1926 г.	1930 г.	1937 г.
Официальные данные (исключая криминальный аборт)	13,27	14,85	11,22
Те же данные (включая криминальный аборт)	14,79	16,80	14,82
Конфиденциальные доклады министру	—	10,53	16,81

Среди всех женщин, умерших в связи с беременностью [101], одна из шести умирала от аборта. Можно допустить, что летальность при аборте равна 0,3—0,4%; при этом криминальный аборт дает вдвое бо́льшую смертность, чем все другие виды аборта; однако эти числа не претендуют на полную достоверность и потому должны быть приведены с оговоркой. Многие женщины прибегают к криминальному аборту, но лишь немногие из этих случаев становятся известными полиции; есть основания предполагать, что число криминальных абортов растет за счет снижения спонтанных.

Среди причин аборта доминирующими являются экономические затруднения, в частности трудности финансового порядка; чисто личные мотивы занимают небольшое место.

Противозачаточные средства начали применяться в Англии примерно с 1910 г., когда, по имеющимся сведениям, 18% всех обследованных супружеских пар для ограничения размеров своей семьи пользовались контрацептивами [101]. В последующие годы распространение контрацептивов стало расти: так, в 1925 г. ими пользовалось 65% супружеских пар, в 1940 г.— 70%, а в 1948 г. уже лишь 6 из 1977 обследованных семей не применяли противозачаточных средств.

Доклад комитета констатировал ненадежность существующих противозачаточных средств. Возможно, при-

чиной являлось то, что студентов высших медицинских учебных заведений не обучали технике применения этих средств; став врачами, они не в состоянии обучить женщину сами и вынуждены посылать ее для этой цели в специальную клинику.

Английский закон в связи с отсутствием в нем перечня медицинских показаний к производству аборта ставит врача, вынужденного произвести искусственное прерывание беременности, в затруднительное положение. Для того чтобы ограничить для врача возможность производства криминального аборта, по предложению комитета следовало бы ввести обязательную консультацию второго врача и посылку извещения о проделанной операции не позднее чем через 2 суток после аборта. Комитет категорически возражал против закона, разрешающего аборт по социальным, экономическим и личным причинам. Авторы доклада предлагали бороться с торговлей средствами, вызывающими аборт, путем введения контроля за их продажей. Комитет приветствовал легализацию аборта в случаях изнасилования, но вместе с тем не считал правильным разрешить аборт во всех случаях беременности у девушек до 16 лет или при подозрении на возможность передачи наследственной болезни. В последних случаях решать вопрос о законности аборта должны лица с медицинской компетенцией.

По мнению комитета, обязательные извещения об аборте могут иметь и нежелательные результаты, отпугивая женщину от медицинской помощи и заставляя ее обращаться к шарлатанам, что может привести к неблагоприятным для ее здоровья последствиям. Комитет считал необходимым пропагандировать материнство и смягчить отрицательное общественное отношение к одиноким матерям; улучшить медицинское обслуживание беременных женщин, что, надо думать, приведет к снижению числа спонтанных абортов; последнему может содействовать усовершенствование тестов, определяющих ранние сроки беременности [76].

В Германии во время первой мировой войны, по материалам акушерско-гинекологической клиники Берлинского университета, в 1916 г. около 20% всех беременностей заканчивались абортом, тогда как в последней четверти XIX века их удельный вес составлял всего 10%. По мнению Bumm, рождаемость в Берлине в период войны упала наполовину при неизмененном коли-

честве абортов. Есть основания предполагать, что это означало увеличение числа нелегальных абортов.

В 1926 г. в существующий закон были внесены изменения — аборт стал рассматриваться не как преступление, а лишь как проступок, который подлежит более мягкому наказанию, чем в уголовных кодексах Англии и Франции. Нет возможности точно установить общее количество абортов в стране, так как неизвестна распространенность криминального аборта. Однако, по мнению Bümm, можно предположить, что в 1929—1930 гг. это число в среднем за год составляло от 600 000 до 1 000 000, при этом 80 000 женщин поплатились жизнью, а 200 000—300 000 получили хронические заболевания.

Во время существования в Германии Веймарской республики отношение к аборту было довольно либеральным. После установления в стране фашистского режима (1933) был издан строгий закон, запрещающий аборт, в результате которого резко снизилось количество зарегистрированных случаев искусственного прерывания беременности. Так, в 1932 г. в Германии насчитывалось 43 912 абортов, что составляло 6,58 на 10 000 населения, а в 1939 г. было учтено только 2275 абортов, или 0,33 на 10 000 населения [112].

В период фашистского господства в Германии донесения обо всех абортах с 1935 г. стали обязательными. Статистические данные показывают, что с 1882 по 1938 г. число лиц, осужденных за производство аборта, увеличилось со 191 до 8000. При этом среди них возросло и число лиц, имеющих медицинское звание: в 1920 г. их было 73, а в 1938 г. стало 800. Само собой разумеется, что эти данные далеко не полны.

По данным страховых промышленных фондов, в разных городах страны с 1923 по 1938 г. частота абортов снизилась не только у самих застрахованных, но и у членов их семей [118].

В Любеке число абортов на 1000 беременностей с 1927 по 1942 г. снизилось с 32,9 до 12,4. По имеющимся данным, в 1936—1938 гг. число абортов в Германии составляло 13,1% от всех известных беременностей (около 200 000), а в 1940 г. их стало 9,5% (150 000). При расчете на 1000 населения это составляло соответственно 2,9 и 2,2. Такое положение наблюдалось на фоне увеличения общего числа беременностей с 22,4 до 23,0 на 1000 населения.

Есть основания предполагать, что снижение частоты абортов являлось мнимым и зависело от недостаточной достоверности статистических данных вследствие ухудшения регистрации абортов в связи с их запретом.

В июне 1941 г. 28-й съезд немецкого общества гинекологов в Геттингене при участии делегатов от 15 наций, представленных сотней лиц, обсуждал доклад на тему «Аборт и стерилизация» [121]. В дискуссии по докладу приняло участие около 20 ученых и врачей.

Докладчик категорически высказался против стерилизации, считая ее допустимой лишь при медицинских показаниях. Аборт по медицинским показаниям может быть разрешен; при наличии евгенических, социальных и этических показаний к нему решающее слово должен произнести врач совместно с юристом.

Противники полной свободы аборта [115] считали, что «уничтожение человеческого существа не может быть задачей врача», поэтому обсуждению могут подлежать лишь медицинские показания к аборту. По мнению этих лиц, следует ставить вопрос «должна ли продолжаться беременность?», а отнюдь не «разрешается ли прервать беременность?» Лишь после этого на сцену могут выступать социальные показания к аборту, но это уже не может быть делом врача. Смешанные социально-медицинские показания являются компетенцией врача.

Данные клиник в Ростоке и Франкфурте показывают, что врачебный аборт не безвреден для здоровья женщины. Осложнения после него составляют 15—20%, а летальность доходит до 1—2%. Кроме того, аборт для женщины всегда является в большей или меньшей степени психической травмой.

В вопросе о стерилизации докладчик придерживается мнения, что ей лучше подвергать мужчину, а не женщину.

В Советском Союзе аборт по медицинским и социальным показаниям был легализован 19 ноября 1920 г. совместным постановлением Народных комиссариатов юстиции и здравоохранения, по которому операция аборта производилась бесплатно [68]. Советская женщина получила право сама свободно решать вопрос, быть ли ей матерью. В законе был указан временный характер легализации аборта. В нем говорилось о том, что за последние десятилетия как на Западе, так и в нашей

стране возросло число женщин, прибегающих к прерыванию беременности. Законодательства всех стран борются с этим злом путем наказания женщины, решившейся на аборт, и врача, который его произвел. Далее указывалось, что, не приводя к положительным результатам, этот метод борьбы загнал операцию аборта в подполье и сделал женщину жертвой корыстных и часто невежественных абортмахеров, которые из тайной операции создали себе промысел. В результате до 50% женщин заболевали от заражения крови и до 4% из них умирали. Учитывая это, необходимо бороться с абортом путем агитации против него среди женщин. Введение социалистического строя и широкое осуществление принципов охраны материнства и детства обусловит постепенное исчезновение абортов. Однако моральные пережитки прошлого и экономические условия того времени еще вынуждали часть женщин решаться на эту операцию. Наркомздрав и Наркомюст, охраняя здоровье женщины от невежественных и корыстных шарлатанов и считая метод репрессий в этой области абсолютно не достигающим цели, постановили: 1) допустить бесплатное и свободное производство аборта в обстановке, где обеспечивается его максимальная безвредность; 2) запретить производство аборта кому бы то ни было, кроме врача; 3) виновных в производстве этой операции акушерок или бабок лишать права практики и привлекать к суду; 4) врача, произведшего операцию плодоизгнания в порядке частной практики и с корыстной целью, привлекать к суду.

После разрешения законом операции искусственного прерывания беременности не только по медицинским, но и по социальным показаниям все регистрируемые аборты резделились на две группы: а) «полный искусственный» аборт, произведенный с начала до конца врачом в больнице по разрешению комиссии в связи с медицинскими или социальными показаниями, и б) «неполный» аборт, начатый вне лечебного учреждения. Последний в свою очередь делится на две группы: самопроизвольный аборт и криминальный аборт, однако провести между ними дифференциацию почти не удается.

После закона 1920 г. о разрешении аборта количество «полных искусственных» абортов начинает быстро расти за счет «выхода из подполья» криминального аборта. Так, по данным А. Б. Генса, опубликованным

в 1929 г., по ряду территорий РСФСР в 1923 г. подпольные аборты составляли в среднем 42% всех абортов, а в 1925 г.— только 28,8%. В Москве соответственно подпольные аборты в 1926 г. составляли 12,2% против 43,3% в 1924 г. [14]. По оглашенным на IV Всесоюзном съезде по охране материнства и младенчества материалам (В. П. Лебедева), нелегальные аборты в стране, по неполным данным, составляли в 1923 г. 42% зарегистрированных абортов, а в 1927 г.— 23,6%; в Москве — соответственно 57,9 и 14,4% [27]. По данным Г. Я. Арешева, в Ереване в 1920 г. подпольный аборт составлял 95,2% всех абортов, а в 1927 г. его процент снизился до 57,2 [2]. По данным Б. А. Бендерской, в сельских местностях Киевского округа в 1924 г. подпольный аборт составлял 85% известных случаев аборта, в 1925 г.— 32%, а в 1926 г.—30,2%.

В годы полной легализации аборта ряд медицинских съездов и совещаний занимался вопросом влияния искусственного прерывания беременности на здоровье женщины. Так, на VI Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов в 1924 г. М. Я. Карлин на основании наблюдений за 1362 женщинами, лечившимися в больницах Ленинграда, показал, что после аборта в 35% случаев встречаются осложнения [22]. Л. И. Бубличенко отметил, что летальность при аборте в 2—3 раза выше, чем при родах [6]. На первом Всеукраинском съезде акушеров-гинекологов в 1927 г. в докладе Г. Я. Арешева на тему «Социальный аборт в Армянской ССР по данным акушерско-гинекологической клиники в Ереване» было указано, что летальность при искусственном аборте составляет 0,19%, а при неполном она значительно выше и доходит до 0,93% [2].

На VIII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов в 1928 г. Е. Ф. Беляева, Л. В. Ульяновский, З. А. Шварева, И. Н. Красовский и Ф. А. Макарьев в своих докладах отметили довольно частые осложнения после аборта (14,5%) и необходимость бороться с ним путем полового воспитания и экономических мероприятий [14, 54, 63].

На IV Всесоюзном съезде по охране материнства и младенчества в 1929 г. В. П. Лебедева в докладе «Итоги строительства ОММ за 10 лет и перспективы дальнейшей работы» уделила большое внимание вопросу аборта и итогам его легализации [27].

В 1934 г. органами бюджетной статистики СССР было проведено специальное монографическое исследование рождаемости и детской смертности. Было опрошено около 10 000 женщин за весь период их брачной жизни, начиная с 1914 г., т. е. примерно за 20 лет. Анализ материала, опубликованный С. Г. Струмилиным значительно позднее, проведенного им в 1934 г. обследования [48], позволил сделать следующие выводы, характеризующие положение этого вопроса в период перехода от капитализма к социализму в нашей стране. Они сводились в основном к следующему.

После Октябрьской революции брачность в СССР значительно повысилась (табл. 5).

Таблица 5

Брачность в СССР

Период наблюдения	Процент женщин, состоящих в браке, в возрасте		
	16—19 лет	20—24 лет	25—29 лет
1914—1918	18,7	58,0	78,0
1919—1923	22,1	62,8	82,0
1924—1928	22,6	71,0	86,5
1929—1933	23,6	75,2	88,0

Это обстоятельство само по себе должно было увеличить число матерей на 2,5 млн. даже при неизменном по сравнению с довоенным[1] уровнем плодовитости. В результате следовало ожидать увеличения числа родившихся не менее чем на 750 000. В действительности же имело место некоторое падение рождаемости. Исследование показало, что по мере восхождения по социальной лестнице брачная плодовитость падала; тот же процесс наблюдался и у «старожилов» по сравнению с недавно прибывшими из деревни, а также при переходе от менее квалифицированного индустриального труда к более квалифицированному. Исследование показало также, что у матерей, совмещающих домашнее хозяйство и уход за детьми с производственным трудом, плодовитость была ниже среднего уровня.

На основании этого наблюдения можно было предположить, что вовлечение в ближайшем будущем в произ-

[1] Речь идет о периоде до войны 1914—1918 гг.

водство более 5 млн. женщин сократит число родившихся в городах на 400 000, или уменьшит рождаемость почти на 10%.

В действительности же рождаемость за эти годы (1928—1935) сократилась только на 5%. Таким образом, по выражению С. Г. Струмилина, «в период перехода от капитализма к социализму понижательным тенденциям в рождаемости противостоят повышательные факторы».

Самым важным, определяющим уровень рождаемости, оказался фактор экономический: чем беднее была данная группа населения, тем она была плодовитее и наоборот, т. е. между уровнем рождаемости и высотой заработной платы существовала ясно выраженная обратная зависимость. Наиболее правдоподобное объяснение такому положению, очевидно, следует искать в различном уровне культуры указанных групп населения, в степени их осведомленности о существовании противозачаточных средств и умении пользоваться ими.

Практика полной свободы операции искусственного аборта показала, что это повышает заболеваемость женщин. Во второй половине 30-х годов в контингенты рожающих женщин в СССР начали вступать малочисленные поколения женщин, родившихся в годы первой мировой войны, когда уровень рождаемости был низким. Эти обстоятельства послужили поводом для постановки вопроса о необходимости пересмотра закона о легализации аборта по социальным показаниям.

В мае 1936 г. был опубликован проект закона о запрещении аборта и других мероприятиях, с этим связанных, а через месяц после этого было принято постановление правительства о запрещении абортов, увеличении материальной помощи многосемейным, расширении сети родильных домов, яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах [69].

Этим постановлением разрешалось производство аборта только по медицинским показаниям, специально выработанным Народным комиссариатом здравоохранения СССР. Разрешение на аборт давали специальные комиссии в составе трех врачей: акушера, терапевта и третьего специалиста (невропатолога, психиатра или врача другой специальности) в случае надобности.

Для изучения распространенности аборта в стране в этих условиях Наркомздрав и Центральное управле-

ние народнохозяйственного учета при Госплане СССР ввели периодическую государственную отчетность по аборту и обязательное заполнение специальной регистрационной карты на каждый случай аборта, прошедший через больницы и родильные дома. Разработка автором этих регистрационных карт в централизованном порядке послужила материалом для специального исследования, охватившего около 400 000 абортов за 1937—1938 гг. по 30 территориям РСФСР, что составило более 80% учтенных случаев аборта по этим территориям. Эти материалы являлись репрезентативными для характеристики различных аспектов аборта в РСФСР. Отсутствие в то время публикаций о возрастно-половом составе населения, по данным переписи 1939 г., лишило автора возможности исчисления повозрастных интенсивных показателей на 1000 женщин производительного возраста. Несмотря на это, исследование раскрыло ряд интересных и важных закономерностей [43].

В первый же год после декрета о запрещении абортов количество их снизилось по всей территории страны более чем в 3 раза, а в сельских местностях — более чем в 4 раза. В последующие годы, однако, число учтенных абортов стало увеличиваться. Процент аборта среди всех беременностей (роды + аборты) уже к 1939 г. достиг 10,8 против 8,3 в 1937 г. Рост этот продолжался и в 1940 г. Как и следовало ожидать, частота аборта в городах была значительно выше, чем в сельских местностях [43].

	1938 г.	1939 г.
	на 1000 населения	
Город	9,6	10,8
Село	1,3	1,3

В городах на 1000 женщин в возрасте 15—49 лет число абортов составляло в 1939 г. 36,5. Этот показатель удалось получить лишь после публикации материалов о возрастно-половом составе населения.

В Москве на 1000 населения приходилось 12 абортов, а на 1000 женщин в возрасте 15—49 лет — 34,7. При этом в отдельных возрастных группах женщин производительного возраста частота аборта колебалась от 4,7 (до 20 лет) до 60,6 (25—29 лет).

Аборт по медицинским показаниям составлял менее 10% общего числа абортов на всей территории страны и лишь около 4% в сельских местностях. Такое большое различие частично зависело от порядка оказания медицинской помощи сельским жительницам, ибо некоторым из них производили аборт по медицинским показаниям в городах.

Женщины, которым был сделан аборт в эти годы, принадлежали в основном к возрастной группе 25—29 лет; женщины более старшего возраста (30—39 лет) составляли в населении городов несколько меньшую долю, чем в селах. Женщины, поступившие для аборта по медицинским показаниям, т. е. имеющие какое-либо серьезное заболевание, оказались старше поступивших с начатым и начавшимся вне лечебного учреждения абортом.

Среди медицинских показаний к производству аборта как в городах, так и в сельских местностях преобладали «тяжкие и стойкие поражения сердца и кровеносных сосудов»; на втором месте по своей значимости стоял «туберкулез легких (закрытая и открытая формы)»; на третьем месте находились «индивидуальные показания», среди которых большую часть занимали неукротимая рвота беременных, отосклероз и различные физические уродства.

Женщины с начатым и начавшимся вне лечебного учреждения абортом поступали в больницу, как правило, с кровотечением. Решить вопрос о том, какая часть этих абортов является действительно самопроизвольными, а какая — криминальными, можно было лишь косвенным путем, так как женщины держали это обстоятельство в строгой тайне.

Около 29,5% этих женщин в городах и 33% в сельских местностях поступали в стационары с лихорадочным или септическим состоянием; при этом около $1/3$ всех начатых и начавшихся вне лечебных учреждений абортов совершалось в поздние сроки беременности (более 3 месяцев).

Лихорадочное или тем более септическое состояние женщины, поступившей в лечебное учреждение с начатым или начавшимся абортом, и поздний срок беременности являлись косвенными показателями криминального характера аборта. На основании этих данных с большой долей вероятности можно утверждать, что в период за-

прета по крайней мере $^1/_3$ неполных абортов произошла в результате искусственного вмешательства. В действительности, надо думать, нелегальный аборт в этот период составлял более чем $^1/_3$ часть всех неполных абортов.

Эти обстоятельства явились одними из причин отмены запрещения абортов в СССР в 1955 г.

ПЕРИОД ПОСЛЕ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Вторая мировая война была развязана германским фашизмом как вследствие его стремления к мировому господству и завоеванию жизненного пространства для «сверхчеловека» арийского происхождения, так и в результате необузданного желания германского капитализма добиться реванша за проигранную войну 1914—1918 гг. Фашисты залили кровью землю Европы и священные поля нашей Родины. Их жажда истребления народов привела к тому, что жертвами фашистских зверств стало мирное население оккупированных государств, которое они расстреливали, сжигали и вешали сотнями тысяч и миллионами, превратив это истребление в своего рода промышленное производство, осуществлявшееся в лагерях смерти, сетью которых фашисты покрыли Европу.

От рук палачей в военных мундирах немецкого третьего рейха гибли старики, женщины и дети, не говоря уже о работоспособных мужчинах. Именно поэтому ущерб, нанесенный населению оккупированных германским фашизмом стран, был огромным, не имевшим по своим размерам прецедента в истории народов мира.

Вторая мировая война серьезно отразилась и на уровне рождаемости. Группа воевавших стран значительно расширилась, а уровень рождаемости в последующие годы в большинстве стран не смог достичь довоенных размеров (табл. 6).

В демографической политике населения капиталистических стран, особенно в период развития империализма, существуют два противоположных направления: одно, поощряющее рост населения, и другое, ограничивающее его. При этом иногда оба стремления сосуществуют в одном и том же государстве, отражая интересы различных общественно-политических групп.

Это обстоятельство наряду с другими соображениями (религия, обычаи и т. п.) является причиной того, что

Таблица 6

Рождаемость до и после второй мировой войны

	1940 г.[1]	1945 г.[1]	1950 г.[1]	1958 г.[2]	1961 г.[3]	1963 г.[4]	1964 г.[5]	1965 г.[6]	1966 г.[7]
Франция	13,8	16,4	20,6	18,2	18,2	18,2	18,1	17,7	**17,5**
Австрия	21,8	14,9	15,6	17,1	18,6	18,8	18,5	17,9	**17,6**
ФРГ	20,0[8]	16,4	16,2	17,0	18,3	18,5	18,5	17,9	**17,6**
Италия	23,5	18,5	19,6	17,9	18,8	19,0	20,0	19,2	**18,9**
Япония	29,4	23,2	28,2	18,0	16,9	17,3	17,7	18,6	**13,7**
Голландия . . .	20,8	22,6	22,7	21,1	21,2	20,9	20,7	19,9	**19,2**
ГДР	20,0[8]	10,7	16,5	15,9	17,5	17,5	17,2	16,5	**15,8**
Югославия . . .	26,7	26,6	30,8	13,8	22,6	21,4	20,8	20,9	**20,2**
Болгария	22,2	24,0	24,8	17,9	17,4	16,4	16,1	15,3	**14,9**
Польша	24,6	26,4	30,5	26,2	20,7	19,0	18,1	17,3	**16,7**
Румыния	26,5	19,6	26,2	21,6	17,5	15,7	15,2	14,6	**14,3**

[1] Данные за 1940, 1945 и 1950 гг. взяты из сборника «Санитарно-демографические материалы зарубежных стран». Под ред. А. М. Меркова, В. 1. М., 1959.
[2] Demographie Yearbook, 1959, United Nations.
[3] Там же, 1962.
[4] Там же, 1964.
[5] Там же, 1965.
[6] Там же, 1966.
[7] Epidem. vital Statist. Rep., 1967, v. 20, № 9—10, World Health Org.
[8] Вся Германия.
[9] World Health Statist. Rep., WHO, 1968, 21, 12.

Продолжение

	1940 г.[1]	1945 г.[1]	1950 г.[1]	1958 г.[2]	1961 г.[3]	1963 г.[4]	1964 г.[5]	1965 г.[6]	1966 г.[7]
Чехословакия . .	20,6	19,8	22,9	17,4	15,8	16,9	17,1	16,4	15,6
Финляндия . . .	17,8	25,1	24,4	18,5	18,4	18,1	17,6	16,9	16,7
Норвегия	16,3	20,2	19,1	18,1	17,5	17,5	17,7	17,8	17,9[9]
Испания	24,5	23,0	20,2	21,9	21,3	21,5	22,2	21,3	20,7
Швеция	15,1	20,4	16,5	14,2	13,9	14,8	16,0	15,9	15,8
Дания	18,3	23,5	18,6	16,6	16,6	17,6	17,6	18,0	18,4
Швейцария . . .	15,2	20,1	18,1	17,6	18,1	19,1	19,2	18,8	18,3
США	17,9	19,6	23,5	24,3	23,3	21,7	21,0	19,4	18,5
Англия и Уэльс .	14,1	15,9	15,9	16,4	17,6	18,2	18,5	18,1	17,7
Канада	21,5	23,8	27,1	27,6	26,0	24,6	25,3	21,4	19,6
Аргентина	24,1	25,0	25,5	22,7	22,4	21,8	21,8	—	—
Мексика	44,3	44,9	45,6	44,5	44,9	45,1	46,7	—	44,3

[1] Данные за 1940, 1945 и 1950 гг. взяты из сборника „Санитарно-демографические материалы зарубежных стран". Под ред. А. М. Меркова, В. 1. М., 1959.

[2] Demographie Yearbook, 1959, United Nations.

[3] Там же, 1962.

[4] Там же, 1964.

[5] Там же, 1965.

[6] Там же, 1966.

[7] Epidem. vital Statist. Rep., 1967, v. 20, № 9—10, World Health Org.

[8] Вся Германия.

[9] World Health Statist. Rep., WHO, 1968, 21, 12.

в подавляющем большинстве капиталистических стран уголовный кодекс (раздел «Преступление против личности») имеет специальные статьи и параграфы, предусматривающие ту или иную меру наказания за производство искусственного аборта без медицинских показаний.

Мера наказания за производство искусственного аборта без медицинских показаний, предусматриваемая уголовными кодексами различных стран, колеблется в весьма широких пределах: от штрафа, полагающегося за мелкую кражу, до суровой кары, определяемой за убийство человека. При этом наказанию подлежат как сама беременная и ее партнер (в случаях подстрекательства к аборту), так в значительно большей мере и лицо, осуществившее плодоизгнание. Однако следует принять во внимание, что, как правило, почти ни в одной стране практически не проводится в настоящее время и не проводилось ранее строгое преследование аборта. Опыт показывает, что весьма незначительная часть криминальных абортов влечет за собой полагающуюся за них по закону кару.

КАПИТАЛИСТИЧЕСКИЕ СТРАНЫ

Франция. В течение длительного времени Франция была страной, стоявшей на грани депопуляции. В настоящее время она вышла из этого положения: рождаемость в 1960 г. достигла 18,0, смертность 11,4, естественный прирост +6,6[1]. В 1963 г. рождаемость составляла 18,2[2] и с тех пор держится примерно на этом же уровне (в 1966 г.— 17,5)[3].

Такой успех явился следствием серьезных государственных поощрительных мероприятий, направленных на увеличение роста населения страны, в частности материальной помощи многодетным.

Несмотря на законодательные ограничения, число абортов во Франции продолжало расти из года в год, так как альтернатива — «аборт или еще одна нежеланная доношенная беременность» — из-за тяжелого стечения обстоятельств социально-экономического характера неминуемо приводила женщину к криминальному аборту.

---

[1] Demographic Yearbook, 1961, United Nations.
[2] Там же, 1964.
[3] Epidem. vital statist. Rep., 1967, v. 20, N 9—10, WHO.

Запрет, как и следовало ожидать, оказался совершенно бессильным в борьбе с абортами. Несравненно лучшим способом борьбы явилось создание в большинстве департаментов страны особых учреждений, так называемых maisons maternelles — «домов для матери», при поступлении в которые у женщины не спрашивают паспорт, позволяя тем самым сохранить свое имя в тайне. За пребывание в этих учреждениях плата не взимается, в них принимают женщин со всех концов страны независимо от места жительства женщины и срока беременности. Успешная деятельность «домов для матерей» может быть охарактеризована на примере 20 лет работы одного из домов в Лионе (140), в котором побывало более 8000 женщин различных национальностей почти из всех департаментов и провинций Франции. У большинства из этих женщин, находившихся в домах для матерей, беременность оканчивалась благополучными родами, и они признавали своих детей. Можно с большой вероятностью предполагать, что в других условиях, не будь поддержки со стороны государства, эти женщины решились бы на аборт.

Впоследствии (в 1946 г.) в закон 1939 г. были внесены некоторые малосущественные дополнения. В ближайшие после второй мировой войны годы (в 1947 г.) число абортов во Франции значительно превысило число рождений (на 866 000 рождений приходилось около 1 млн. абортов, (Charrier), а от криминальных абортов ежегодно умирало до 20 000 женщин. В связи с этим в конце 1947 г. вопрос об аборте явился темой специальной конференции медицинского факультета в Париже, а в середине 1955 г. журнал «Gynécologie pratique» организовал в печати широкое обсуждение вопроса об аборте. По мнению Funck-Brentano (128), «проблема аборта во Франции неизменно остается актуальной со всех точек зрения: патологической, терапевтической, национальной и социальной». Католическая церковь долгое время возражала даже против использования противозачаточных средств, тогда как реформистская церковь допускает медицинские, социальные и евгенические показания к регулированию рождаемости. В связи с Международным конгрессом по стерилизации, проходившем в Рио-де-Жанейро в 1962 г., папа Иоанн XXIII в ответ на запрос американских медиков принял позицию, близкую к антиконцепции. Таким образом, католическая церковь эволюционировала в своих взглядах на предохранение от беременности. Глава

этой церкви во Франции в настоящее время разрешает католикам ограничивать число детей тем количеством, которое они в силах поднять и воспитать надлежащим образом (130).

Во Франции существует также консервативная группа противников регулирования рождаемости, выступающая против свободной продажи фармацевтических противозачаточных средств. Мотивировкой такой позиции является вредное, по их мнению, действие этих средств на здоровье матери и ее потомства. Эта группа ратует за усиление наказания для лиц, производящих аборт, ибо «древо нации должно быть бесконечно», а искусственное прерывание беременности, по их мнению, подрывает само существование нации, поэтому запрещение аборта необходимо для «спасения нации» (128).

В начале 1956 г. группа депутатов-прогрессистов (D' Astier de la Vigerie и др.) и «молодых радикалов» просила французский парламент об отмене закона, запрещающего пропаганду и продажу противозачаточных средств, мотивируя эту просьбу необходимостью борьбы с криминальными абортами. Во французской печати уже к концу 1955 г. появились многочисленные высказывания за отмену этих пунктов закона 1920 г., за полную свободу применения противозачаточных средств. Многие авторы, поборники свободы применения контрацептивов, вынуждены, к сожалению, констатировать малую эффективность этих средств. Так, специальное исследование вопроса в Индианополисе показало, что из 1362 случаев предохранений, попавших под наблюдение, половина закончилась беременностью, при этом наиболее эффективными оказались мужские презервативы (около 10% неудачных исходов), а меньше всего положительных результатов отмечено при применении влагалищных инъекций (35% неудач).

В 1955 г. в стране по инициативе передовой женщины-врача Lagrona Wielle-Halle было организовано общество «Счастливое материнство» (Maternité Heureuse). Она требовала, выступая в печати (1957) «как женщина, как мать, как француженка и как врач», вывести из подполья контрацептивы, осуществить истинную свободу зачатий, свободу для каждой женщины самой решить вопрос своего материнства (131).

С 1931 по 1955 г. во Франции число девочек, рожденных 100 женщинами в течение их жизни, увеличилось со 109 до 130. Вместе с тем после второй мировой войны по

сравнению с периодом между двумя войнами стало больше бездетных семей (20,5% против 19%) и семей, имеющих 1—2 детей, наряду с уменьшением доли семей, имеющих большее число детей. Число живорожденных на 1000 женщин всех возрастов увеличилось с 114,4 в 1955 г. до 118,6 в 1963 г. Этот рост имел место до 30—34 лет включительно[1].

По материалам специального исследования, опубликованным в 1963 г., среднее число детей в семье в 50-х годах было различным в разных социальных группах населения (табл. 7)[2].

Таблица 7

Среднее число детей в семьях родителей различных профессий

Всего	Сельскохозяйственные рабочие	Земледельцы	Рабочие	Торговцы	Второстепенные служащие	Служащие	Свободные профессии
2,85	2,92	3,02	2,66	2,78	2,79	2,79	3,12

За истекшее столетие детская смертность во Франции снизилась более чем в 8 раз, что не могло не сказаться на снижении рождаемости в стране, так как для матерей отпадала необходимость рожать ребенка в качестве компенсации за умершего (табл. 8).

В показатели детской смертности, опубликованные этими авторами, необходимо внести коррективы в связи

Таблица 8

Детская смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 живорожденных)[3]

1861—1870 гг.	1920—1925 гг.	1951—1955 гг.	1961 г.	1966 г.[4]
178	95	39	22	21,8

[1] Demographic Yearbook, 1965, UN, 1966, 480—481.
[2] Sutter G. et Bostide H. La natalité. Introduction demogr. et statist. Rev. Prat., 1963, XIII, 18.
[3] Sutter G. et Bastide H. Les causes de reprise de la natalité en France, там же.
[4] Epidem. vital Statist. Rep., 1967, v. 20, N 9—10.

со своеобразным порядком учета мертворождений во Франции, где живорожденные, умершие в первые 3 дня после рождения, т. е. до их регистрации, относятся к мертворожденным. Сами французы, помимо публикации в официальных источниках, производят необходимые перерасчеты, после которых показатель детской смертности оказывается несколько более высоким.

В 1956 г. Французский национальный институт демографии опубликовал материалы, из которых стало ясно, что низкий уровень рождаемости приобрел характер «Vitesse aquise» в связи с тем, что часть населения Франции, вступившая в пожилой возраст, потеряла возможность зачатия, а население молодых возрастов стабилизировалось на низком уровне воспроизводства. Так, в 1955 г. рождаемость во Франции была 18,8, т. е. на уровне 1926 г. и несколько ниже, чем в 1910 г. С 1939 по 1947 г. прибавилось 216 000 рождений, а с 1955 по 1963 г.— только 63 286, причем из числа этих детей 73,3% были первенцами[1].

После 1940 г. в 84% всех семей Франции имеется 2—3 ребенка.

К 1956 г. во Франции определились две крайние точки зрения на проблему регулирования рождаемости: одна из них допускает свободу аборта, другая соглашается лишь на определенные противозачаточные средства в соответствующих условиях (католическая церковь и моралисты); по мнению церкви, проблему аборта можно разрешить одними воспитательными средствами. Они (137) «как супруги, как отцы семейства, как врачи, как граждане» выступают против регулирования рождаемости. С этих позиций один из поборников подобных взглядов выступал в 1956 г. в обществе гинекологов страны.

От выступлений против сокращения семьи консерваторов удерживают неминуемые расходы на пособия многодетным. Однако не надо забывать, что борьба за свободу аборта в капиталистических странах, в частности во Франции, как писал Роже Гароди в период подготовки XIV съезда Коммунистической партии Франции, «нередко принимает характер реформистских диверсий под прикрытием распространения неомальтузианских идей с целью затушевать ответственность капитала за нищету трудящихся так называемыми демографическими причи-

---

[1] Demographic Yearbook, 1965, UN, 1966, 406.

нами. В связи с этим обычно распространяются иллюзии, будто выход из этой нищеты надо искать не в классовой борьбе, а в контроле над рождаемостью» (13).

В 1967 г. на Международном конгрессе стран французского языка по социальной медицине и медицинским законам большое внимание было обращено на проблему регулирования рождений.

В число вопросов планирования семьи были включены также борьба с криминальным абортом, половое воспитание населения и участие в нем социологов и юристов, помимо врачей.

Если в 1945 г. было основание предполагать, что женщины, умирающие в результате криминальных абортов во Франции, составляли примерно $^1/_4$ всех умерших женщин (Monsaingeon), то, по статистическим материалам 1954 г., число смертей от аборта, скрывавшихся среди неясных причин, составляло не более нескольких сотен (125); это видно из того, что от всех причин умерло 12 357 женщин в возрасте 15—45 лет, из них 548—в связи с родами и 1723 — от недостаточно ясных причин, а среди мужчин причины смерти последней категории составили лишь не намного меньшее количество (1682).

Смертность от причин, связанных с воспроизводством населения, с 1960 по 1965 г. снизилась соответственно — с 1,8 до 1,1 (В-40) и с 8,2 до 7,7 (В-41) на 100 000 женщин[1].

При условии разрешения аборта только по медицинским показаниям истинное число всех производимых во Франции абортов, как и во всякой другой стране, не может быть установлено. В последние годы, по расчетам разных авторов, в стране ежегодно производится от 400 000 до 1 200 000 абортов; при этом в Париже на 95 000 родов приходится 150 000 абортов (112). По стране в целом около 40 000 абортов заканчиваются смертью женщины, примерно 100 000 — тяжелыми осложнениями, включая и стерильность.

Хотя Франция является первой в Европе страной, где стали широко применяться противозачаточные средства, после второй мировой войны (1939—1945) число родившихся в стране стабилизировалось на уровне 800 000 ежегодно, что на 200 000 больше, чем перед второй мировой войной (123). Это обстоятельство обеспечивает рост

---

[1] Demographic Yearbook, 1966, UN, 1967, 537.

населения Франции в таком ежегодном ритме, при котором, по имеющимся расчетам, население страны к 1971 г. возрастет на 9—10% (126).

Япония. Япония является ярким единственным примером капиталистической страны, которой удалось после второй мировой войны осуществить активную государственную политику регулирования численности населения с целью снижения рождаемости и остановки роста населения. Этому способствовало бурное развитие промышленности в стране и все растущее вовлечение женщин в общественное производство.

К происшедшему в Японии быстрому снижению рождаемости проявляют исключительный интерес многие страны мира, недавно вступившие на самостоятельный путь политического и хозяйственного развития, где имеется высокая рождаемость, большой естественный прирост населения и которые не могут при существующих условиях их общественного строя и экономического развития обеспечить своему многочисленному населению удовлетворительные условия существования. Народы этих стран страдают от голода и эпидемических болезней (Индия, Пакистан, развивающиеся страны Африки и др.). Правительства этих стран считают под влиянием буржуазных ученых неомальтузианцев, что им угрожает «перенаселение», и надеются, что выход из опасной ситуации может быть найден лишь путем сокращения численности населения.

В Японии до второй мировой войны аборт наказывался тюремным заключением. После окончания войны в связи с высокой рождаемостью возникла угроза экономическому благополучию страны в результате возможного ее «перенаселения». Исходя из этого, правительство Японии в 1948 г. легализовало искусственный аборт. Был издан закон, разрешающий аборт не только по медицинским, но и по экономическим показаниям. Широкая продажа противозачаточных средств уже существовала в Японии и до выхода в свет закона о разрешении аборта. В результате легализации наступил неуклонный и быстрый рост зарегистрированных абортов. Так, в 1949 г. в стране было произведено 246 000 абортов, в 1950 г. число их достигло 486 000, к 1952 г. составило 798 000, в 1955 г. превысило миллион (1 170 000), после чего численность абортов стала уменьшаться. С 1960 по 1964 г. число искусственных абортов в Японии составило 4 900 000, из них

4 000 000 были сделаны «для предупреждения» возможных наследственных заболеваний (90 и 154).

Из всех абортов более 80% производятся по экономическим причинам. Несмотря на полную свободу, в стране имеется значительное количество «секретных» абортов. Причиной этого является то обстоятельство, что производство абортов в больнице обходится в 3—8 долларов, а захоронение плода старше 3 месяцев стоит еще дороже. Следовательно, экономические интересы приводят к уменьшению численности легальных абортов. Помимо этого, желание врачей скрыть подлинные размеры своего заработка с целью уменьшения налогообложения также приводит к скрытию значительного числа произведенных абортов.

Из имеющихся в Японии около 88 000 врачей 10% имели разрешение на производство искусственного аборта. В 1953 г. было отменено всего три патента на это право. Как пример чрезвычайно большого количества врачей, имеющих право производить аборт, можно привести г. Таката (севернее Токио) с населением 400 000, в котором насчитывалось 80 врачей, имеющих такой патент, тогда как в Рочестере (район Нью-Йорка с таким же количеством населения) найдется едва ли один такой врач (86).

В октябре 1952 г. в Японию прибыла известная американская деятельница по планированию семьи Margaret Sanger, поставившая вопрос о необходимости регулирования рождаемости путем применения противозачаточных средств. В 1953 г. существовавшие ранее одиночные группы по планированию размеров семьи объединились в организацию под названием «Family Planning Federation of Japan». В это время в стране уже имелось более 700 консультаций, занимающихся этим вопросом: 673 консультации в общих центрах здоровья, 19 общественных и 55 частных. Объем проводимой ими работы характеризуется следующими данными: к середине 1955 г. они обслужили 161 000 женщин, к концу года в них работали 31 000 инструкторов по технике предохранения от беременности. Большую и длительную работу по регулированию рождаемости в Японии проводит Shidzue Kato, которую не без основания называют «японской Margaret Sanger».

К 1966 г. в стране имелось 829 центров здоровья и 459 центров матери и ребенка, ведущих работу по планированию семьи.

Бедным контрацептивы выдаются за счет государства бесплатно или с 50% скидкой[1].

За первые 6 лет после выхода в свет закона о легализации аборта среднее количество детей на женщину в возрасте 15—49 лет уменьшилось более чем на 1/3. Меньше всего рождаемость снизилась в возрастной группе 25—29 лет, когда замужняя женщина по обычаям страны стремится родить сына. Именно поэтому меньше всего изменилось число первых и вторых родов и снижение коснулось главным образом третьих и более высоких по порядку рождений. Число шестых — девятых родов уменьшилось почти наполовину, а десятые роды практически исчезли совсем. В настоящее время в Японии идеалом является семья, имеющая двух детей (87).

Аборт в Японии производится за плату; только тогда, когда женщина сама не в состоянии оплатить операцию искусственного прерывания беременности, этот расход берет на себя государство. Японские женщины неохотно идут на аборт. Многие из них слышали о возможности регулирования рождаемости путем применения противозачаточных средств, однако аборт стоит дешевле, чем пользование контрацептивами в течение всего года. Не все врачи обучают своих пациенток тому, как избежать повторной беременности. Поэтому женщины вынуждены подвергаться риску аборта, неоднократно прибегая к этой операции, порой кончающейся печально. Однако регистрируется смертей после аборта очень мало, ибо «мертвые матери не говорят» (197, 98, 99).

Из противозачаточных средств наиболее распространены в Японии таблетки «foam», которые вводят во влагалище; их производят много, они дешевле других средств и довольно эффективны. Нередко применяются и мужские кондомы; coitus interruptus как средство предохранения от беременности почти не имеет распространения (2—5% семей); в Японии, как и в других странах Востока, часто применяют метод ритма (использование сроков овуляции).

Неудачное применение противозачаточных средств вынуждает женщину к производству аборта, которое склоняет к более регулярному использованию контрацептивов: испробовав безрезультатно и то, и другое, женщина в конце концов прибегает к стерилизации.

---

[1] Asian med. J., 1968, 11, 6

По некоторым данным, в стране за год подвергается стерилизации 40 000—45 000 человек. Есть основание полагать, что число таких операций в действительности гораздо больше и достигает ежегодно 200 000, более 95% их производятся женщинам.

Примерно 1/4 женщин, подвергшихся стерилизации в Японии в 1954 г. (учтенные случаи), были в возрасте моложе 30 лет. Отмечено, что городские жительницы в качестве средства регулирования размеров семьи предпочитают аборт, а сельские—стерилизацию (94).

Центры здоровья, осуществляющие пропаганду планирования размеров семьи, для большей эффективности своих усилий стремятся широко проводить индивидуальное обучение. Однако женщины часто стесняются посещать в этих целях учреждения, расположенные в правительственных зданиях. Имеет значение также и дислокация центров здоровья: расположение их на далеком расстоянии от места жительства женщины приводит к тому, что не каждая женщина имеет возможность посещать эти центры, так как не всегда располагает средствами для оплаты транспорта.

В течение первых лет около 30 000 человек, главным образом акушерок, прошли специальный курс обучения технике предохранения от зачатия (33 часа) при местных префектурах. Студенты медицинских учебных заведений обучаются этому при центрах охраны материнства. В Японии имеется более 50 000 дипломированных акушерок, которые принимают около 95% всех родов, происходящих в стране, главным образом на дому; остальные 5% родоразрешений происходят в стационарах при участии врачей. Эти акушерки могли бы с успехом обучать регулированию рождаемости, если бы не соображения бизнеса. В этих случаях вместо гонорара за помощь в родах акушерки должны были бы получать гонорар за услуги по обучению применения противозачаточных средств. Результаты действий по регулированию рождаемости не так очевидны и потому меньше оплачиваются. Акушеркам экономически более выгодна работа по приему родов, а не по обучению женщин применению контрацептивов.

Правительство ассигнует средства для обучения и бесплатной выдачи контрацептивов нуждающимся женщинам (97, 98, 99). По данным Института проблемы населения, уже в 1952 г. в Японии более 20% женщин в возрасте до 50 лет пользовались контрацептивами.

По данным более поздних специальных обследований, из числа женщин в возрасте 15—49 лет применяли контрацептивы в 1965 г.— 51,9%, в 1966 г.— 60,2%[1].

По данным консультаций на промышленных предприятиях, почти у 20% работающих женщин имелся в анамнезе аборт, замужние женщины в возрасте 30 лет имели в среднем 3 детей и около 8 абортов.

В Японии росло число повторных абортов, в том числе у молодых супругов. Это являлось результатом недостаточной эффективности противозачаточных средств. Так, среди женщин, которым производились аборты, 64% пользовались контрацептивами, но без желаемого эффекта.

Причины аборта, со слов самих женщин, в группах, применявших и не применявших противозачаточные средства, примерно одинаковы (табл. 9).

Таблица 9

Причины аборта у женщин, применявших и не применявших контрацептивы (в % к итогу)

Причина аборта	Применявшие контрацептивы	Не применявшие их
Болезни женщин	30,4	27,8
Материальные затруднения, главным образом отсутствие достаточных квартирных условий	28,8	33,2
Наличие маленького ребенка	12,3	12,4
Трудности воспитания ребенка	3,8	3,6
Возраст матери	0,5	3,8
Работа матери вне дома	3,3	1,0
Неизвестные причины	6,5	2,9
Нежелание иметь ребенка без других объяснений	14,4	15,3
Всего	100,0	100,0

Около 35% женщин Японии начинают предохраняться от беременности только после проделанного аборта; промежуток между абортом и последующей беременностью у женщин, пользовавшихся противозачаточными средствами, почти вдвое больше (9,4 месяца), чем у не пользовавшихся ими (5,8 месяца). От 60 до 80% женщин,

[1] Asian med. J., 1968, 11, 6.

у которых беременность наступила после аборта, прибегали к повторному аборту (86).

В 1953—1954 гг., на территориях Японии было проведено специальное обследование женщин, которым был произведен искусственный аборт (88); более половины лиц, проводивших обследование, были практикующими врачами. Наблюдением было охвачено 5209 женщин, распределявшихся по возрасту следующим образом: 25—34 года—54%, 35—39 лет—20%, более молодые (20—24 года) и более пожилые (40—44 года) возрастные группы составляли по 12%. Около половины всех женщин, подвергшихся обследованию (48%), имели 2—3 детей, 12% были бездетны и лишь у очень немногих было 5 детей и более. Из обследованных женщин применяли противозачаточные средства только 27%.

Основная часть обследованных была замужем, одинокие составляли всего 10%. Среди замужних женщин в первый месяц замужества забеременело 11%, после 2 месяцев—13%, остальные — в более поздние сроки. Основная масса абортов (82%) была сделана обследованными вне больницы. В качестве причин, побудивших их к производству аборта, назывались в основном две: нежелание иметь ребенка (46,5%) и болезнь (45,5%).

Закон 1948 г. привел к резкому падению рождаемости; с 34,3 в 1947 г. и 33,7 в 1948 г. до 18,6 в 1965 г. (снижение на 55%). В настоящее время рождаемость в Японии ниже, чем в ряде стран Западной Европы (Нидерланды, Италия, Ирландия).

В первые годы рождаемость снижалась главным образом за счет абортов, а в 1966 г. около 70% нежеланных рождений предотвращались контрацептивами, которые применяли 53% супружеских пар, а 90% из них были осведомлены о возможностях применения. В связи с этим в 1955 г. в Японии произведено было более 1 млн. абортов, а в 1966 г. только около 800 000[1].

В настоящее время Япония может считаться единственной страной, удачно проделавшей «эксперимент» по снижению рождаемости. Этот «экстраординарный феномен» (Pommerenke) является результатом мероприятий по сознательному планированию размеров семьи путем широкого применения противозачаточных средств, искусственного аборта и стерилизации. В Японии наряду с дру-

[1] Asian med. J., 1968, 11, 6.

гими обязательными статистическими сведениями существует также и статистика искусственного аборта.

Директор Института здравоохранения Joshio Koya пишет («Population Problem and Family Planning in Japon»), что в 1955 г. население Японии составило 90 млн., можно ожидать, что к 1970 г. оно достигнет 100 млн. В связи с падением рождаемости и смертности населения (с 14—15 до 7,7) меняется его возрастная структура, численность населения производительного возраста (20—60 лет) увеличивается ежегодно примерно на миллион. Около 300 000 из этого количества составляют девушки, которые выйдут замуж и останутся только домашними хозяйками, остальные 700 000 включатся в производственную деятельность. По материалам других авторов, перспектива роста населения Японии выглядит иначе. В 1872 г. в Японии насчитывалось 34 806 000 жителей, в 1940 г.— 71 400 000, в 1959 г.—92 971 000, а к 2000 г. можно ожидать, что население Японии достигнет 113 153 000 человек. При этом рост населения будет происходить лишь до 1995 г., а затем наступит обратный процесс, в результате которого к 2015 г. численность населения Японии уменьшится до 107 529 000 человек (136).

Aganori (71) приводит данные прогноза населения на 2015 г., исчисленные на основе переписи населения Японии 1950 г.; они несколько расходятся с предположениями других авторов. По данным Aganori, естественное движение населения страны будет выглядеть следующим образом (промежуточные данные мы не приводим) (табл. 10).

Таблица 10

Естественное движение населения Японии

Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост	Население (в тыс.)
1950	28,33	10,92	17,41	83 200
2015	10,88	17,87	—6,99	99 568

В соответствии с этими расчетами в Японии к 2015 г снизится рождаемость и возрастет смертность, в результате чего в стране будет отрицательный прирост населения, а его общее число достигнет 100 млн. При этом в возрастной структуре населения Японии произойдут следующие изменения (табл. 11).

По приведенным в табл. 11 данным, население Японии значительно «постареет». Это создаст при существующем уровне народного хозяйства страны дополнительные экономические трудности.

Таблица 11

Возрастная структура населения Японии

Год	Возраст в годах					Всего
	0–14	15–29	30–34	35–39	60 и старше	
1950	35,42	26,97	17,71	12,19	7,71	100,0
2015	16,88	17,77	20,75	19,32	25,48	100,0
(в процентах к 1950 г.)	56,36	76,89	140,21	189,58	395,39	

Скандинавские страны, к числу которых относятся Швеция, Дания и Норвегия, имеют много общего в вопросах планирования семьи, в частности в законах об аборте.

Швеция. К концу второй мировой войны число зарегистрированных в Швеции абортов значительно увеличилось. В 1939 г. их было 439, что составляло 4,5 на каждую 1000 живорожденных, в 1945 г. их было уже 1623, или 12,0 на 1000 живорожденных.

После 1946 г. стало увеличиваться число абортов по медико-социальным показаниям. Так, если по поводу «слабости» в 1939 г. производилось 3,4%, а в 1945 г.—5,9% абортов, то в 1949 г. к этой группе относилось уже более половины (50,7%) всех произведенных в этом году абортов. Евгенические причины в связи с этим, оставаясь без изменения по своей абсолютной величине, резко снизились в своем удельном весе (40,5% в 1942 г. и 9,2% в 1950 г.).

Легальный аборт в Швеции по важнейшим видам показаний к нему представлял следующую картину (табл. 12). Среди медицинских показаний к аборту до 1943 г. значительное место занимал туберкулез легких (35%); начиная с 1944 г. на первое место выходят психические расстройства, которые в 1949 г. составляли более половины всех медицинских показаний к аборту (58%). В 1951 г. по сравнению с 1947 г. число абортов удвоилось и достигло максимального уровня—57,4 на 1000 живорожденных (6328). В 1952 г. число абортов стало снижаться и составило уже 5322, или 48,4 на 1000 живорожденных (72).

Таблица 12

Показания к производству легального аборта в Швеции

Год	Показания				Всего
	медицинские	медико-социальные	евгенические	гуманные	
1939	342	13	80	4	439
1945	1 078	87	444	14	1 623
1947	2 045	830	644	15	3 534
1949[1]	2 044	2785	656	18	5 503

[1] Б лее поздние данные см. на стр. 51.

За время, прошедшее после закона 1938 г., в Швеции был проведен ряд обследований, в результате которых выяснились некоторые интересные обстоятельства. Так, по материалам Консультационного бюро в Мальмо, обслуживающего около 200 000 населения, разрешение на производство аборта выдается далеко не всем обратившимся с просьбой об этой операции, а лишь 60% из них. При этом среди женщин, не получивших разрешения на аборт, менее чем у половины (43%) беременность заканчивается родами (120).

Сведения о ранних осложнениях после аборта весьма противоречивы: по одним источникам, они очень часты (40,9% случаев), по другим, в частности по материалам клиники Университета в Лунде за 1948 г.,—редки (16%). Через клинику в Лунде в 1935—1959 гг. прошел 38 471 случай родов, 3453 выкидыша и 713 абортов. По данным некоторых авторов (Monléon), в 1947—1959 гг. криминальный аборт достиг в Швеции 15,8 на 100 беременностей.

В 1953 г. в Швеции было произведено 4915 абортов; при этом среди женщин, прервавших беременность, 18% были бездетны, 43% имели 3 детей и более. По данным других авторов (100), процент бездетных совпадает с предыдущими материалами, а процент имевших 3 детей и более был значительно меньше (33).

В 1953 г. в правила выдачи разрешения на производство операции искусственного аборта было внесено изменение, заключавшееся в том, что это право предоставлялось местным органам, так как именно работники этих органов лично зная беременную женщину, ее семью и все

обстоятельства данного случая, могут наиболее правильно решить вопрос о необходимости аборта.

Изменение порядка разрешения аборта, которое привело к большей частоте отказов в них, вызвало снижение в 1958 г. количества зарегистрированных абортов до 2500, что вовсе не означает уменьшения абортов в стране.

Частота абортов в Швеции, как и везде, более высока в городах, чем в селах, особенно велика она в больших городах. Вновь прибывшие в город женщины чаще прибегают к аборту, чем коренные горожанки, одинокие женщины делают себе аборт в 5—10 раз чаще, чем замужние, самодеятельные—чаще, чем не занятые наемным трудом. У замужних женщин число абортов выше в старших возрастных группах в связи с большим количеством у них детей, болезнью или экономическими затруднениями, а у одиноких женщин аборт чаще производится в более молодом возрасте, так как таким женщинам трудно воспитать даже одного ребенка (112).

Доля евгенических причин при производстве аборта весьма различна по материалам разных авторов (от 7 до 19%). Эта разница объясняется тем, что одни авторы имели дело с оперированными, а другие — с неоперированными случаями, так как женщинам, страдавшим наследственными болезнями, аборт разрешался только при условии одновременной их стерилизации. В этих случаях многие женщины предпочитали стерилизации роды и отказывались от аборта. Практически евгенические причины среди всех других не имеют большого значения.

Изучение причин аборта показало, что такие социальные трудности, как материальная необеспеченность, безработица, плохие жилищные условия, многодетность и многие другие, часто приводят женщину к заключению о необходимости аборта. Для одиноких женщин, кроме того, сохранение беременности—это риск потерять работу. Подстрекательство партнера и другие причины также нередко побуждают женщину к аборту. Многие женщины страдают легкими заболеваниями, что важно знать врачам для профилактики аборта. Тяжелые болезни у беременных, когда аборт неизбежен, отмечаются лишь в небольшом числе случаев. Очень существенны в структуре причин аборта такие личные мотивы, как уже немолодой возраст, боязнь своих родителей у молодых незамужних женщин и др. У одиноких женщин различные условности

играют бо́льшую роль в средних общественных классах по сравнению с представительницами рабочего класса.

Что касается отдаленных последствий искусственного аборта, то, по данным ряда наблюдений, оказалось, что преждевременные роды наступают у перенесших в прошлом аборты почти вдвое чаще, чем у женщин, их не делавших, а вторичное бесплодие после легальных абортов достигает 5—5,5%.

Врачи в Швеции редко занимаются производством нелегальных абортов. Чаще это делают шарлатаны или «друзья» женщины. Большинство нелегальных абортов происходит на II—III месяце беременности.

С 1945 г. в Швеции государство финансирует содержание специальных организаций, дающих бесплатно советы, касающиеся не только аборта, но и применения противозачаточных средств, а также по различным вопросам полового воспитания. В стране имеется 50 таких бюро, в штатах которых занято 20 врачей, не считая консультантов, и 35 кураторов.

Государство особо заботится о работающей беременной женщине, она получает отпуск до родов длительностью 6 недель, во время беременности женщину по закону нельзя увольнять с работы и она имеет право по своему желанию, при наличии маленьких детей, получить работу на неполный рабочий день. В стране создана сеть домов матери и ребенка для помещения нуждающихся в этом женщин в первые месяцы после родоразрешения; в так называемых домашних школах каждую желающую женщину обучают в течение 6 месяцев уходу за детьми и ведению домашнего хозяйства. С 1953 г. незамужние женщины, имеющие маленьких детей, получают государственную ссуду, а нуждающиеся в этом — содействие властей в получении жилой площади (112).

По статистическим материалам 1953 г. по всей Швеции среди женщин, которым был произведен аборт без одновременной стерилизации, возрастная группа около 29 лет составила 42%, по семейному положению среди этих женщин было: одиночек 22,3%, замужних 69%, разведенных 8,2%.

В 1963 г. Шведским парламентом закон об аборте был пересмотрен.

В число показаний была включена возможность для будущего ребенка пострадать в утробе матери, например, от принимаемого ею талидомида. После этого пересмотра

число легальных абортов в 1964 г. увеличилось более чем до 6000, что составило около 6% всех беременностей (74).

По данным 1956—1957 гг., среди 3362 женщин, наблюдавшихся в Мальмо, 3% был произведен легальный аборт, причины которого распределялись следующим образом: медико-соматические показания — 19%, психические и социально-психические — 75,6%, евгенические — 5% и гуманные—0,4%. По стране в 1957 г. 85,1% легальных абортов были произведены на основании свидетельств медицинской службы, 14,8% — по заключению двух врачей и 0,1% — в связи с экстренными показаниями.

Из 427 женщин, которым аборт был разрешен, 37% забеременели снова, из них 61% родили, у 12% произошел выкидыш, а 27% был произведен повторный легальный аборт (112).

Проблема аборта в Швеции все время находится в центре общественного внимания. Некоторые авторы считают, что существующий закон мало изменил положение с нелегальными абортами. Мнения о вреде аборта для здоровья женщины различны. В стране существуют две диаметрально противоположные точки зрения. Приверженцы одной из них считают, что отрицательные последствия аборта весьма серьезны (стерильность, эндокринные нарушения и т. д.), сторонники другой уверены, что опасность легального аборта невелика.

Половое воспитание в стране начинается в общеобразовательных и других школах, в классах, где обучаются подростки 15—17-летнего возраста. Вопросами аборта занимаются специальные консультации, которые в последнее время предлагается реорганизовать в так называемые семейные консультации. Противозачаточные средства продаются в Швеции в аптеках по дешевой цене. Возможно, что эти мероприятия, помимо изменений в законе, сыграли свою положительную роль и привели в последние годы к действительному снижению числа абортов в стране.

Для уяснения положения с абортами в Швеции было проведено специальное исследование (100). Оно охватило три группы женщин. Первая состояла из 248 женщин, у которых беременность наступила после произведенного легального аборта. Во вторую группу вошло 100 женщин с искусственными абортами в анамнезе, которые хотели прервать данную беременность, но по различным причи-

нам отказались от этого и родили детей. Третья группа состояла из 197 женщин, которые обращались за разрешением на искусственный аборт, получили это разрешение, но аборта не сделали.

Результаты исследования показали, что в первой группе $^1/_4$ женщин повторно был сделан аборт, а у $^2/_3$ закончилась родами одна и больше из последующих беременностей. Из женщин первой группы в течение последних 3 лет снова забеременели 40%, у них наблюдалось 389 беременностей, из которых 17% закончились легальным абортом, 61% — нормальными родами, 21% — спонтанным или нелегальным абортом и 1% — внематочной беременностью.

Во второй группе 84 женщины заявили, что в случае отказа в аборте при предыдущей беременности они согласились бы родить; 14 женщин утверждали, что данный ребенок явился для них заменой не рожденному в прежние годы, одновременно 20 из них отметили нежелательность данной беременности, но вместе с тем и неприемлемость для них мысли об аборте («думать противно»).

В третьей группе у 16,2 женщин беременность закончилась нормальными родами, у 33 произошел выкидыш и 2 женщины умерли. Из живорожденных 5% детей умерли в первую неделю жизни. Хотя 142 женщинам (из общего числа 197) аборт был разрешен по психическим и социально-психическим показаниям, ни в одном случае не было каких-либо серьезных осложнений во время беременности или родов.

Выводом из этой работы явилось требование авторов ограничить показания к производству искусственного аборта.

По статистическим расчетам (126), при существующих показателях воспроизводства население Швеции к 1971 г. может увеличиться лишь на 6—7%, что характерно для очень слабого темпа прироста населения. По всей вероятности, это обстоятельство играет немаловажную роль в требованиях ограничения свободы аборта.

Норвегия. В Норвегии фактически уже с 1930 г. для получения разрешения на производство аборта по медицинским показаниям не требовалось наличие серьезной угрозы здоровью или жизни женщины, как это диктовалось буквой закона. В понятие «опасность» со временем вошли гуманные соображения и социальные показания. Позднее значительное место среди медицинских показа-

ний заняли психические заболевания. В некоторых случаях врачами принимаются во внимание социально-экономические условия, влияющие на здоровье женщины. Они также служат основанием для разрешения искусственного прерывания беременности. Хотя эти условия не предусмотрены текстом закона, ни один такой случай не был передан в суд.

За 1947—1952 гг. было изучено 225 судебных дел по поводу криминальных абортов. Оказалось, что во всех случаях суд при определении наказания подходил достаточно мягко. С 1947 по 1954 г. за нелегальный аборт был привлечен к ответственности 331 человек, из них 225 женщин и 106 лиц, виновных в производстве аборта.

В Норвегии, как и повсюду, нет точных статистических сведений о количестве криминальных абортов, однако на основании данных разных авторов можно предполагать, что их совершается около 4000—5000 за год (112). Большая часть абортов производится в больницах, руководители которых сами определяют необходимость этой операции, консультируясь в некоторых случаях с врачами-специалистами. О всех произведенных абортах полагается сообщать Министерству здравоохранения.

В 1951 г. Министерство юстиции Норвегии обратилось в Комитет экспертов ВОЗ по уголовному законодательству с просьбой взять на себя руководство изучением этого вопроса и предложить необходимые поправки к существующим в стране правилам.

В 1956 г. началась дискуссия по вопросу законодательства об аборте, освещавшаяся в периодической печати. На основании разъяснений медицинского и теологического факультетов университета, Медицинского общества, Министерства здравоохранения и других организаций правительством был внесен в парламент и принят им законопроект, предусматривающий разрешение искусственного прерывания беременности в случаях опасности для здоровья и жизни матери, по евгеническим соображениям и когда беременность явилась результатом насилия.

Что касается противозачаточных средств, то информация населения о них была начата в Норвегии с 1920 г. В 1924 г. в Осле был организован специальный центр по этому вопросу; во время немецкой оккупации он был закрыт и возобновил свою деятельность в мае 1945 г. Этот центр вначале занимался только рекомендацией контрацептивов, позднее он превратился в центр здоровья ма-

тери и ребенка. В 1950 г. в Норвегии открылось специальное учреждение, занимающееся вопросами аборта. В последнее время в стране имеется 116 центров (до 1959 г. был всего один), занимающихся вопросами регулирования рождаемости, а пропаганда противозачаточных средств широко проводится всеми медицинскими учреждениями. Инструкции по применению контрацептивов даются обращающимся независимо от экономических и семейных условий, большая часть обратившихся является женщинами-одиночками (112).

Англия. Правительство, возглавлявшееся Уинстоном Черчиллем, создало в 1944 г. Королевскую комиссию по вопросам народонаселения. Перед комиссией была поставлена задача изучить причины падения рождаемости в стране и наметить мероприятия для ее повышения. Комиссия предложила увеличить пособия многодетным и вступающим в брак. Однако финансовый кризис помешал осуществлению этого предложения.

В 1959—1960 гг. в стране было проведено изучение различных методов предохранения от беременности у достаточно репрезентативной части состоящего в браке населения в возрасте 16—59 лет. По этим данным, контрацептивами пользовались в 1920—1929 гг. только 54% супружеских пар, в 1940—1949 гг. их стало уже 73%. В 1959—1960 гг. многие пары находились еще в начале своей супружеской жизни, но 70% из них уже пользовались контрацептивами (9).

Способы предохранения от беременности за последние 30 лет почти не изменились.

Пропаганда применения противозачаточных средств в Англии в настоящее время проводится рядом клиник. Можно полагать, что между эффективностью контрацептивов и количеством абортов существует обратная связь и вместе они составляют одну проблему. Такая же связь имеется и между уровнем рождаемости и распространенностью противозачаточных средств.

Изучение 2665 случаев аборта, проведенное в двух госпиталях Лондона (1950), расположенных в рабочем пригороде, имеющих примерно одинаковое количество гинекологических коек и работающих под одним консультативным руководством, осветило следующие вопросы. Средний возраст женщин, которым производился аборт, колебался от 17 до 49 лет; среди замужних он был несколько ниже (24 года). Из общего числа бывших под

наблюдением женщин оказалось около 88% замужних (2350); одинокие составили 11,3% (303); вдов было всего 12. В сельских местностях и на окраинах округов процент одиноких женщин оказался несколько выше. Более тщательный анализ материала показал, что семейное положение (состояние в браке) является одним из важных факторов в проблеме аборта. Нелегальные аборты у замужних женщин кончались осложнениями в 6% случаев, тогда как у незамужних неблагоприятные исходы были чаще вдвое и более (14%). Это обстоятельство не было связано со сроком беременности, так как средние сроки ее у всех женщин, у которых имелись осложнения, не превышали 12,4 недели, а у остальных женщин они составляли 12 недель.

Детей имели 39% женщин, находившихся под наблюдением. По числу детей эти женщины распределились следующим образом: один ребенок — 31%, два —30%, три— 14%, четыре — 13%, пять — 7%, шесть — 2%, 7 детей и более — 3,8%.

Davis, памятуя разноречивость различных источников, считает, что 90% всех абортов являются тем или иным способом спровоцированными, а отнюдь не самопроизвольными. У большинства женщин в послеабортном периоде была повышенная температура, что может являться косвенным указанием на спровоцированный аборт. Летальность в результате аборта составляла 0,26%, т. е. была невелика по сравнению с данными других авторов: в Германии в 1932 г.— 1,2%, в США в 1936 г.— 2,0% (104).

Трудно определить точно по материалам Королевской комиссии по населению (1950), но можно полагать, что в Англии нелегальные аборты производятся в 15—22% всех зачатий, спонтанные составляют 6—7%, аборты по медицинским показаниям — около 0,7% (102).

В 1952 г. в палату общин, а в 1954 г. и в палату лордов был подан запрос с требованием расширить медицинские показания к аборту, увеличить число врачей, делающих аборты, и шире пропагандировать контрацептивы (112).

В 1967 г. в Англии был издан закон о планировании семьи, включающий социальные показания. Для этой цели имеется 362 специальных центра, ⅘ из них при больницах и поликлиниках; предусмотрено также обслуживание на дому.

Исполнителями являются врачи общей практики и добровольцы (более 4000 человек)[1].

В 1968 г. был принят более либеральный закон об аборте, разрешающий его при условиях изнасилования, кровосмешения, а также при наличии риска для жизни и здоровья матери, имеющихся у нее детей и того, который должен родиться. Вопрос решают два врача, они должны при этом считаться с существующими или могущими сложиться в связи с родами обстоятельствами жизни женщины (социальные показания).

Для производства аборта выделены специальные учреждения. На каждый случай аборта составляется свидетельство, которое в течение 7 дней отправляется вышестоящему медицинскому начальнику.

Точной статистики аборта в стране нет, так как невозможно учесть аборты, произведенные вне государственных учреждений. Однако можно полагать, что примерно 10% зачатий кончается абортом, это составляет около 100 000 абортов в год.

Следует считать, что после легализации значительной части абортов в 1967 г. число криминальных абортов уменьшилось.

Статистика выписанных (включая умерших) после аборта из государственных больниц Англии и Уэльса показывает увеличение числа абортов, произведенных в больницах, с 69 410 в 1961 г. до 78 500 в 1966 г.[2].

Материалы, характеризующие положение в Англии, относятся, как правило, к Англии и Уэльсу без Шотландии. В связи с этим представляют интерес материалы, характеризующие положение вещей в этой части Соединенного Королевства. В Шотландии за 90 лет (с 1860 по 1950 г.) рождаемость на 1000 замужних женщин снизилась с 316 до 132, т. е. более чем вдвое, а среднее число детей в семье уменьшилось с 6 до $2^1/_2$. По данным, касающимся 20% всех замужних женщин, у $^1/_5$ их совсем нет детей и лишь 0,6% имеют 10 детей и больше. По достижении 32-летнего возраста женщины в среднем имеют по два ребенка. После 2 лет замужества преобладают бездетные семьи, после 6 лет — имеющие двух детей.

Среди служащих, более половины которых состоит в

---

[1] Ann. med. leg., 1967, 5.

[2] On the State of the Public Health for the year 1967. London, 1968.

браке менее 5 лет, бездетные семьи составляют 70%, тогда как среди уборщиц и домашних поденщиц, состоящих в браке 15 лет и более, бездетных всего 12%. В среднем на семью приходится детей: в городах 1,90, на селе 2,13; при этом у фермеров 2,09 (80).

Таким образом, в Шотландии идет тот же процесс снижения рождаемости, что и в других частях Соединенного Королевства.

По имеющимся статистическим расчетам, население Англии при существующих условиях его воспроизводства увеличится к 1971 г. всего лишь на 6—7% (126).

США. Соединенные Штаты Америки представляют собой наиболее развитую капиталистическую страну. В США, как и по многим другим вопросам, не существует единого федерального закона об аборте. По данным Donald Harting,— директора службы по планированию семьи Amer. Publ. Health Association Нью-Йорка и Мичиганской школы, за последние 2 года департаменты здравоохранения 27 штатов внесли в законодательные учреждения вопрос о либерализации показаний к аборту. В 7 штатах это сделано также в отношении стерилизации.

В штате Канзас отменен старый ограничительный закон. В единственном штате, Коннектикут, существует специальная служба по аборту.

Штаты Коннектикут и Виргиния имеют государственную службу по стерилизации.

Во многих штатах изучают различные методы контрацепции[1].

Главный шведский эксперт по аборту Gunnar Geierstam говорит, что в США разрешить женщине аборт труднее, чем в Швеции, хотя законные предпосылки там в общем совпадают с тем, что предлагает AMA[2]. Dr. Alan Guttmacher называет легальный аборт «великолепным спасением» для женщины от нежеланной беременности, находящимся в руках врачей.

Католическая церковь препятствует либерализации закона об аборте, а юристы уклоняются от решения этой щекотливой проблемы.

Так, Dr. Grant Garrison, президент католической гильдии врачей штата Нью-Йорк, считает, что врач не должен служить инструментом для убийства[3].

---

[1] Publ. Health Rep., 1969, 84, 2.
[2] Med. World News, 1967, 8, 39.
[3] Там же, 8.

Виновные в производстве искусственного аборта наказываются тюремным заключением на разный срок: минимально — до 1 года (штат Алабама) и максимально до 15 лет (штат Нью-Джерси). В остальных штатах наказания варьируют в указанных выше пределах. В некоторых штатах, кроме тюремного заключения, полагается еще денежный штраф[1]. В случае смерти женщины после аборта наказание увеличивается. Во многих штатах лицо, сделавшее женщине аборт, несет ответственность, как за убийство; наказуется также и сама женщина. Несмотря на формально существующие большие строгости закона, запрещающего аборт, репрессии в связи с этим практически осуществляются весьма редко. По букве закона разрешается лишь аборт по медицинским показаниям, в действительности же решение вопроса зависит от врачей. Статистики аборта по всей территории США не существует. По предположительным, весьма разноречивым и далеким от точности, расчетам ежегодно в стране производится 18 000 легальных абортов и от 200 000 до 1 500 000 нелегальных, что составляет 4—20% всех беременностей (87).

Нью-Йорк является единственным местом в США, где с 1938 г. существует обязательная регистрация законченных беременностей независимо от их срока, в том числе прерванных абортом. Последние составляют около 20%. На основании этой статистики известно, что на 1000 живорожденных в Нью-Йорке в 1943 г. было 680 абортов, в 1946 г.— 803, в 1951 г. число абортов уменьшилось до 679 и, снижаясь в последующие годы, достигло в 1957 г. 336.

По материалам причин смерти женского населения Нью-Йорка известно, что на 100 000 женщин в возрасте 15—44 лет смертность от аборта составляла:

1927—1928 гг.—13,6	1949—1953 гг.—0,9
1933—1938 » — 7,9	1954—1957 » —0,6
1944—1948 » — 2,2	

Это обстоятельство находится в соответствии (112) со сведениями об уменьшении количества производимых в Нью-Йорке абортов. Однако это далеко не достоверные данные, так как истинный уровень смерти от аборта установить невозможно в связи с тем, что смерти, связанные с абортом, часто объясняют причинами, не имеющими от-

[1] Med. World News, 1967, 8, 8.

ношения к беременности. Ошибки имеют место и тогда, когда смерть женщины либо связывают с родами, но не указывают при этом срока беременности, либо указывают на наличие у умершей женщины септицемии или перитонита, но не связывают их с беременностью. Несмотря на эти трудности, анализ материнской смертности в больших городах показывает, что смерти от аборта составляют около 20% ее величины. При этом у небелых женщин смертность от аборта намного выше, чем у белых: по последним данным, имеющимся в нашем распоряжении, в 1933—1945 гг. она была выше в 4 раза (83).

Смертность от аборта в Нью-Йорке у небелых женщин также значительно выше, чем у белых.

Материнская смертность в США снизилась с 3,8 на 10 000 живорожденных в 1958 г. до 3,4 в 1964 г., т. е. на 11% (84).

Летальность при абортах по медицинским показаниям в США составляет 210 на 100 000 случаев, она из года в год снижается, но все же выше уровня скандинавских стран (Дании и Швеции), где она равна 65, не говоря уже о Венгрии и Чехословакии, где она значительно ниже. По мнению Tietze, это зависит от более строгих медицинских показаний к аборту в США, в которые входят лишь очень серьезные болезни, не говоря уже о том, что гинекологи США относительно редко делают аборты и потому имеют меньше опыта, чем их венгерские или чешские коллеги.

Как известно, в различных странах существуют разные определения понятия «мертворождение». Минимальный срок беременности, когда ребенок считается мертворожденным, колеблется от 16 недель (Япония) до 32 (Норвегия), в Дании он равен 29 неделям, в Англии и Уэльсе — 28, в Чехословакии — 26, в Бельгии и Швейцарии — 24. В США в различных штатах существуют разные правила.

В некоторых странах мертворожденным считают ребенка, родившегося живым, но умершего в течение времени, положенного для срока регистрации рождения, этот срок составляет от 1 до 3 дней с момента рождения ребенка.

В связи с таким положением служба здравоохранения Нью-Йорка провела в январе 1939 г. специальное исследование случаев смерти плода независимо от срока беременности. Под смертью плода понималось как мертво-

рождение, так и аборт (спонтанный или искусственный), включая и плод, извлеченный во время операции при внематочной беременности. Это исследование показало, что из всех случаев смерти плода остаются неизвестными в среднем 44% (от 88% в домашних условиях до 42% в больницах: в частных—22%, в благотворительных—43%, в городских —51%, в прочих—74%). По материалам этого исследования (более новые сведения, к сожалению, отсутствуют), число смертей плода в 1898—1947 гг. колебалось от 47,2 до 82,2 на 1000 живорожденных. Следует отметить, что это соответствует не более 50% всех случаев, так как примерно столько же случаев остаются неизвестными (73).

В связи с отсутствием официальных материалов о количестве абортов на территории США сведения о них получаются путем постановки специальных анамнестических исследований (данные о предшествовавших беременностях и их исходах). Они касаются женщин, обращающихся в лечебные учреждения по различным поводам: обслуживание на дому, нахождение в стационаре в связи с абортом или родами, приход в медицинское учреждение за консультацией по поводу предупреждения беременности и пр.

По последним известным нам публикациям можно привести следующие данные.

В акушерской клинике Университета Джона Гопкинса в Балтиморе были изучены истории болезни всех женщин, обратившихся за медицинской помощью в 1937—1946 гг. и имевших в анамнезе хотя бы одну беременность. Исследование показало, что у каждой из женщин (10 397) было в среднем 2,9 беременности, из общего числа беременностей (30 133) закончилось родами 83%, абортами—17%; установить при этом характер абортов (спонтанные или искусственные) не удалось. Из обратившихся у 12,2% имелись в анамнезе только аборты (106).

По материалам благотворительного госпиталя в Нью-Орлеане, за период с января 1946 г. по июль 1950 г. было изучено 1034 случая абортов. Среди женщин, имевших аборт, 34,3% были белыми, остальные — небелыми. По этим данным, можно отметить некоторую стабилизацию уровня абортов у белых женщин и небольшой подъем у небелых. Наибольшее число абортов приходилось на весну, наибольшее число родов—на раннюю осень. Большинство женщин, имевших аборт, независимо от цвета кожи

были в возрасте 20—35 лет; при этом у белых женщин самым молодым было 14 лет, самым старым — 45 лет, у небелых амплитуда колебания возраста была несколько больше—от 11 до 48 лет. Обычно кончалась абортом, как у белых, так и у небелых, третья, четвертая и пятая по счету беременности. У довольно большого числа женщин совсем не имелось в анамнезе родов, закончились родами живым ребенком 48% всех беременностей у белых женщин и 54% у небелых. Септические аборты составили, по данным этого исследования, в среднем 19%, причем у белых 19,5%, а у небелых 19%. Процент криминальных абортов за это время (с 1946 по 1950 г.) с 2,8 вырос до 14,1 (75).

По материалам Канзасского университетского центра, за 10 лет (1948—1957) в клинике этого центра произошло 14 630 родов и 927 абортов (376 полных и 551 неполный), т. е. один аборт приходился на 15,8 рождения, что составляет 6,3%. Среди пациенток этой клиники преобладали женщины в возрасте 21—30 лет. Из всех женщин более чем у половины (62%) не было абортов в анамнезе, у ¼ ранее был один аборт, у 8%—два и у 5%—три аборта и более. У ⅔ (72) женщин, госпитализированных по поводу аборта, имелись сроки беременности, не превышающие 3 месяцев (89).

Ряд специальных исследований освещает вопрос об аборте по медицинским показаниям. На основании материалов «Mayo clinic», через которую за 10 лет (1945—1954) прошли 14 271 беременность и 64 случая терапевтического аборта, было сделано заключение (95), что в США ежегодно производится по медицинским показаниям примерно 18 000 абортов. При этом отношение абортов ко всем беременностям составляло за первое пятилетие 1:173, а за второе — уже 1:292, а в среднем за 10 лет 1:150 в специальных институтах и 1:250 — в частных лечебницах. Среди лежавших по поводу аборта в этой клинике преобладали женщины в возрасте 26—40 лет со сроком беременности от 9 до 12 недель, имевшие в анамнезе две беременности.

В Калифорнии было такое же соотношение в среднем, однако при этом наблюдались большие вариации (от 1:52 до 1:800). Особенно редко аборт по медицинским показаниям производился в Лос-Анжелесском платном госпитале. Для Нью-Йорка даются соотношения, близкие к ранее приведенным (1:213) в частных больницах и в 8 раз

меньше у госпитализированных в государственные учреждения. Аборты по медицинским показаниям чаще встречаются у женщин в возрасте старше 35 лет, которые более отягощены болезнями, чем молодые. Среди медицинских показаний к производству абортов все больше места стали занимать психические заболевания, составляющие 1 на 1000 живорожденных. Среди абортов по медицинским показаниям, произведенных в Нью-Йорке (1951—1953), психические показания составили 37,8%, это касалось главным образом предотвращения самоубийства.

В Нью-Йорке (1944—1947) было произведено 3592 аборта по медицинским показаниям. Среди них на первом месте стояли сердечно-сосудистые заболевания (17,3%), психические расстройства занимали меньше места, чем указывалось в приведенных ранее исследованиях (13,1%). По данным обследования 5293 женщин, имевших 4248 беременностей (Kinsey), оказалось, что до 95% внебрачных беременностей заканчивается абортами; один аборт был у 10% женщин, не достигших 20 лет, и у 22% — в возрасте до 45 лет. По этим данным, самопроизвольные аборты составляют 8% (135), по другим материалам, их процент колеблется от 5,1 до 11,5; из всех зарегистрированных абортов 87% сделаны врачами.

По данным, касающимся 5210 женщин, у которых были аборты, установлено, что одинокие среди них составляли 35,1%, замужние — 53,2%, вдовы и разведенные — 11,7. Более половины этих женщин были бездетны, при этом на одну женщину в среднем приходилось 0,73 ребенка, а на одну мать — 1,85. Из всех находившихся под наблюдением женщин аборт в возрасте 12—50 лет был у 10,8%, по более детальным возрастным группам они распределялись следующим образом: 12—20 лет — 4%, 21—25 лет — 8,8%, 26—30 лет — 12,9%, 31—50 лет — 15,2%.

В Нью-Йорке процент спонтанного аборта (5—6) у замужних женщин не меняется в зависимости от порядкового номера беременности, тогда как число абортов по медицинским показаниям и нелегальных растет с увеличением у женщины количества беременностей. Так, аборт по медицинским показаниям при первой беременности составлял 0,3%, а при шестой и более — 2,4%, нелегальный аборт — соответственно 5,2 и 50,3%.

Сведения о заболеваемости после аборта отсутствуют, однако имеется много оснований считать ее высокой. Вред аборта не ограничивается только высокой заболе-

ваемостью, он может проявляться в дальнейшем в виде таких патологических состояний, как внематочная беременность, бесплодие и психическая травма. Частота зачатий после 20 лет у одиноких женщин разных поколений (рождения 1890—1900 гг., 1900—1910 гг., 1910—1920 гг., 1920—1930 гг.) очень близка, что может указывать на эффективность применяемых ими контрацептивов. Среди замужних белых женщин частота абортов увеличивается до генерации 1929 г. Причинами этого, кроме применения противозачаточных средств, являются некоторые изменения в законодательстве и сдвиг в общественном мнении в пользу большей семьи.

После второй мировой войны частично в связи с некоторыми изменениями в половом составе населения, хотя военные потери США и были невелики (немногим более 1 000 000 человек), мужчины стали реже обращаться к услугам проституток. Однако одновременно увеличивалось количество внебрачных сожительств.

В США уделяется большое внимание регулированию рождаемости вообще и в этом плане противозачаточным средствам в частности. Первый федеральный статус по контролю над рождаемостью относится к 1873 г. В своем начальном варианте этот закон регламентировал препятствия к распространению непристойных или порнографических материалов, а также запрещал импортирование противозачаточных средств и литературы по этому вопросу.

Пионерами дела регулирования рождаемости в США после Mrs. Maria de R. Maza, которая организовала первую школу акушерок и вела работу по birth—control, являются широко известная за рубежом Margaret Sanger и ее соратники. Среди них наиболее видными являются Hannach и Abraham Stone, по инициативе которых было открыто (до 1958 г.) 150 консультаций, занимающихся этими вопросами в 25 штатах и на территории федерального округа Колумбии. Среди учреждений, занимающихся регулированием рождаемости, ведущую роль играет исследовательское бюро Margaret Sanger в Нью-Йорке, которым многие годы руководил Hannach Stone, после его смерти — Abraham Stone, а после смерти последнего (с 1959 г.) эту работу проводит Alan Guttmacher. Функции этого бюро весьма разнообразны. Так, в частности с 1955 г. при нем созданы стипендии для зарубежных врачей, благодаря которым специальные 6—12-месячные

курсы прошло много врачей из Югославии, Индии, Германии, Израиля и других стран. Для характеристики масштабов работы по этому вопросу достаточно упомянуть, что в 1958 г. в консультациях страны (центрах) обучалось 2750 американских и 480 иностранных врачей и студентов, а также 7000 сестер (112).

В США вопросами регулирования рождаемости занимаются частные, государственные и городские учреждения. Эти учреждения взимают со своих пациенток определенную плату, причем у частных врачей услуги по предохранению от нежеланной беременности стоят дороже, чем в государственных и городских учреждениях. Работу их координирует Национальный комитет помощи матери в Нью-Йорке. Длительное научное исследование этого вопроса проводилось клинико-статистическим методом с конца 1959 до 1962 г.

Консультации по контрацептивам содержатся за счет гонорара от более или менее обеспеченных пациенток (15—20 долларов), тогда как бедные женщины обслуживаются бесплатно. Большие центры имеют бюджет около 100 000 долларов в год и более. Наибольшие издержки в содержании этих центров относятся к заработной плате. В 150 частных учреждениях этого рода в указанные годы работало 179 служащих, большей частью сестры на полном окладе и 603 врача на частном окладе. Любопытен факт, характеризующий Abraham Stone как энтузиаста своего дела: после его смерти выяснилось, что он как руководитель бюро не получал никакого денежного вознаграждения.

Для характеристики объема работы этих учреждений можно в качестве примера привести три больших центра в Нью-Йорке (Бруклин, Бронкс и Манхеттен), которые обслужили в 1958 г. 8000 новых пациенток и имели 27 000 старых. Наиболее активна консультация контрацептивной поликлиники при больнице Bellevue (Нью-Йорк). Показания к регулированию рождаемости очень либеральны, так как подчас социальные факторы считаются медицинскими показаниями. Эта консультация пользуется большой популярностью, хотя она работает один раз в неделю. К концу 1958 г. она имела свыше 1000 пациенток, среди которых было 700 новых; около 80% женщин были направлены в эту консультацию после родов. Совет и противозачаточные средства, как и всякая другая медицинская помощь в городских консультациях, бесплатны;

наиболее приемлемые для нее противозачаточные средства женщина выбирает сама. При повторном посещении врач расспрашивает пациентку, довольна ли она результатами. Посещения на дому не практикуются из-за недостатка персонала и трудностей, связанных с частой переменой пациентками своих адресов и фамилий.

На примере 140 000 брачных пар, прошедших через бюро Margaret Sanger в начале замужества, у которых было меньше абортов, чем у не обращавшихся к услугам бюро, сделали правильный вывод, что существует высокая обратная корреляция между частотой абортов и применением противозачаточных средств (112).

В специальной работе (96) освещен положительный опыт 21 года работы службы по применению контрацептивов в Северной Каролине. Из этого исследования видно, что с 1920 г. по 1955 г. рождаемость у белого населения США не изменилась (23,6), тогда как у небелого населения она возросла (с 27 до 33,1). За эти же годы рождаемость в Северной Каролине у белого населения снизилась (с 31,5 до 24), а у небелого увеличилась, но в несколько меньших темпах. Авторы приписывали эти различия более частому применению контрацептивов белыми женщинами.

В 1885 г. в США родилось 7 500 000 детей, после снижения числа родившихся в 1941 г. до 2 000 000 число родившихся в 1955 г. увеличилось почти вдвое (около 4 000 000). Более низкая рождаемость в 1955 г. по сравнению с 1885 г. отмечалась, по мнению Taeuber, вследствие многих причин, среди которых немалую роль сыграло применение контрацептивов.

После этого в 1965 г. в связи с уменьшающейся рождаемостью число родившихся снизилось до 3,760 358[1].

Рождаемость в США на 1000 населения снизилась с 25,0 в 1913 г. до 18,5 в 1966 г., а плодовитость упала с 87,2 в 1955 г. до 75,6 в 1964 г. на 1000 женщин плодовитого возраста[2].

За 110 лет в США произошло значительное уменьшение средних размеров семьи, в 1842 г. средняя семья состояла из 4,9 члена, а в 1952 г.—из 3,3 (42).

После обстоятельной монографии Taussig (104) о положении с абортом в США (1936) в течение 6 лет не про-

---

[1] Demographic Yearbook, 1965, UN, 1966.
[2] Там же, 1966, UN, 1967.

изошло никаких изменений. Лишь в 1942 г. под эгидой Национального комитета заботы о здоровье матери была проведена специальная конференция по вопросу об абортах. В 1954 г. Федерацией по планированию семьи было решено провести повторную конференцию для обсуждения положения в США с нелегальным и легальным абортами.

Эта конференция состоялась в апреле 1955 г. В ней участвовали специалисты различных отраслей медицины, общественные деятели, юристы не только США, но и из международных организаций.

Дискутируя о социологическом аспекте аборта, участники конференции приводили интересные данные об острове Тайвань (70), где женщины в молодом возрасте искусственно прерывали беременности, числом нередко достигающие 16, пока им не исполнялось 34—37 лет. В этом возрасте женщины острова уже позволяли себе иметь детей. У других народностей не было принято иметь детей в течение первых 2—4 лет после замужества. В Латинской Америке существует иное положение: по действующим там понятиям, мужчина теряет свое мужское достоинство, если его жена в первый год после выхода замуж не рожает ребенка.

Конференция пришла к выводу, что в настоящее время нелегальный аборт, ввиду того что он затрагивает здоровье населения, его нравы и мораль, представляет собой социальную болезнь, аналогично тому, как социальными болезнями являются венерические. Однако, договорившись до такого заключения, конференция не подняла руку на социальный строй, порождающий социальные болезни, не разоблачила фарисейские законы о запрете аборта, по которому богатая женщина может легко найти путь обхода закона и за соответствующую мзду избавиться от нежеланной беременности, пользуясь услугами опытного врача, тогда как бедная женщина должна рисковать своим здоровьем, а иной раз и самой жизнью, прибегая к помощи шарлатана.

Среди женщин, уклоняющихся от применения противозачаточных средств, многие прерывают беременность абортом. По мнению ряда авторов, выступавших на конференции в 1955 г. (70), контрацептивы снижают число абортов.

С 1966 г. в 39 штатах США местные департаменты здравоохранения имеют специальные учреждения для да-

чи консультаций по применению контрацептивов с целью планирования числа детей[1].

Статистикой этого вопроса как в государственных, так и в частных организациях руководит Бюро здравоохранения и науки, которое контактирует с Международной федерацией по планированию семьи[2].

В Нью-Йорке имеется для этой цели 67 государственных и частных поликлиник, в том числе 5 ритмического подхода в католических больницах. В них обслуживается 44% неимущих[3].

По материалам региональной конференции в г. Далласе в конце 1966 г. успех дела зависит от приближения к общественным нуждам, поэтому планировать размер семьи должны малообеспеченные и бедные слои населения[4].

В США практикуется применение хирургической стерилизации как мужчин, так и женщин. Из 27 штатов, имеющих страховой фонд, в 24 хирургическая стерилизация оплачивается из средств этого фонда.

Католическая церковь относится к стерилизации резко отрицательно[5].

В США — стране бизнеса — производство противозачаточных средств стало отраслью промышленности. На их приобретение уже в 50-х годах текущего века население тратило около 250 млн. долларов ежегодно; для продажи контрацептивов тогда уже было создано около 300 000 пунктов, из них 60 000 стационарных при аптеках и аптечных складах и 240 000 передвижных—в автомашинах.

На Международном демографическом конгрессе в Риме в 1954 г. видный американский демограф Томпсон в своем докладе «О перспективах роста населения США» правильно объяснил повышение рождаемости в стране временным увеличением в населении доли женщин в возрасте 15—44 года (с 62,9% в 1940 г. до 70,7% в 1960 г.). В дальнейшем, по его мнению, есть основания ожидать снижения брачности при одновременном повышении брачного возраста, оба явления могут быть более резко выраженными, чем повышение брачности при снижении брачного возраста в 1940 г. Приведенные на стр. 65 данные

---

[1] J A M A, 1967, 199, 1

[2] Известия, Demografia, 1969, 1—2 (на венгер. языке).

[3] Amer. J. Publ. Health, 1966, 56, 12.

[4] Publ. Health Rep., 1967, 82, 8.

[5] La Presse méd., 1967, 75, 28.

о снижении рождаемости и плодовитости подтверждают эти выводы.

На последующих демографических конференциях в Белграде в 1965 г. (в Варне в 1968 г.) группой прогрессивных ученых, в первую очередь учеными социалистических стран, было показано, что проблема «избыточного» роста населения в развивающихся странах может быть разрешена только путем экономического развития и индустриализации народного хозяйства этих стран.

Мероприятия по планированию семьи и ограничению рождаемости являются паллиативами и не могут рассматриваться как основное средство разрешения проблемы «излишка» населения.

В 1965 г. газета «New York Times» (редакционная статья в номере от 7 апреля) выступила с требованием либерализации закона об аборте, который в существующем виде является антигуманным по отношению к женщине, так как толкает тысячи женщин обращаться к подпольным хирургам, ставящим под угрозу их здоровье, а иногда жизнь.

Медики, не удовлетворенные существующим законом, в анкетном опросе их мнения, проведенном в Нью-Йорке (2285 акушеров-гинекологов, из которых 85% дали ответ), отдали предпочтение либеральному закону об аборте (84).

В декабре 1965 г. «Med. Tribune» поместила передовую статью, в которой было высказано прямо противоположное мнение, одержавшее верх над либеральными взглядами.

Было признано, что с точки зрения здоровья населения более перспективны не легализация аборта, а центры по половому воспитанию, разъяснению опасности криминального аборта одновременно с расширением и усовершенствованием служб по планированию семьи (108).

В конце 1966 г. комиссия по расследованию экономического положения населения в сельской местности и в маленьких фермерских городах, назначенная президентом Джонсоном, установила, что 14 000 000 из обследованного ею населения живут ниже черты, за которой начинается нищета.

Интересно, что в числе рекомендаций этой комиссии есть и такая: «Помочь беднякам контролировать рождаемость, помочь им иметь лишь столько детей, сколько они способны накормить, одеть и обуть» (47).

ФРГ. После второй мировой войны и разделения Германии на ФРГ и ГДР законы об аборте в разных землях Западной Германии оказались различными. В Баварии, Северной Вестфалии и других землях сохранился гитлеровский закон от 21 января 1941 г., запрещающий как аборт, так и контрацептивы. Этот закон потерял свою силу полностью или частично в Баден-Вюртемберге (1947), Гамбурге (1948), Нижней Саксонии, Шлезвиг-Гольштейне и Бремене (1949), в Гессене (1955).

В Нижней Саксонии с июня 1945 г. по октябрь 1949 г., согласно материалам о 1563 женщинах, которым был произведен аборт (109), бо́льшая часть этих женщин (63,3%) были домашними хозяйками, пятая часть (21,2%) — служащими, остальные — работницами. По семейному положению преобладали замужние (73,4%); незамужние составили 23,4%; остальные были вдовами или разведенными. По возрасту преобладали женщины 30—40 лет (44,1%) и 40—50 лет (43,6%); доли более молодых, как и более пожилых, были примерно одинаковы. С увеличением порядкового номера беременности уменьшалось число женщин, имевших аборт, первобеременных было 24,4%, имевших вторую беременность 21,6%, третью —20,2%, четвертую —18,9%, пятую —8,2% и т. д. Медицинские показания составляли $^1/_3$ всех причин аборта (32,2%), социальные — 24,4%, остальные показания — 43,4%. Заболеваемость в результате аборта была равна 15,6%. Однако можно предполагать, что ее действительный уровень выше, ибо возможность выявления осложнений зависит от длительности госпитализации. В 1945 г., когда женщина после аборта находилась на койке всего 4 дня, осложнения после аборта составляли 14,9% в 1946 — 1947 гг., когда сроки госпитализации увеличились до 6—8 дней, количество ближайших осложнений, выявляющихся в стационаре, выросло. Летальность при аборте составляла 0,06%.

Данные судебно-медицинской экспертизы (111), охватывающие материалы вскрытий 2481 трупа, показали, что среди них имеют почти одинаковый удельный вес умершие от аборта (4%) и от уличных травм (5%). При этом непосредственной причиной смерти женщин, умерших после аборта, оказались перитонит и сепсис в результате механического вмешательства с последующей перфорацией матки. Среди умерших было одинаковое количество замужних и одиноких женщин, что указывает на значи-

тельно бо́льшую частоту криминального аборта у последних. В настоящее время в ФРГ аборт разрешен лишь по медицинским показаниям, всякий другой аборт карается тюремным заключением или каторжными работами сроком до 5 лет.

В некоторых землях ФРГ продолжает действовать закон 1933—1935 гг. об уничтожении возможности наследственной передачи болезней потомку. По этому закону одновременно с операцией аборта женщина подвергается стерилизации. Закон этот в различных землях толкуется по-разному. Операцию стерилизации разрешает диагностический центр, которым руководит лицо, назначаемое министром внутренних дел.

Разрешение на производство аборта по медицинским показаниям женщина получает после консультации 3 врачей. Сама операция производится в больнице одним из врачей, которые определили необходимость аборта.

Обо всех искусственных абортах полагается сообщить соответствующим властям в течение 3 дней.

В 1947 г., несмотря на запрет абортов законом, число их превысило число рождений, после чего начало несколько снижаться, в 1952 г. соотношение абортов и рождений составило 1 : 1 в среднем по всей ФРГ. Однако и в это время в различных частях страны положение было неодинаковым. На северо-западе это соотношение было наиболее неблагоприятным, на три аборта приходилось одно рождение (110), тогда как на земле Северный Рейн с населением 6 700 000 на 103 180 рождений приходилось только около 65 000 абортов. К 1954 г. абортом в стране кончалась лишь каждая четвертая беременность, количество всех абортов в это время снизилось на 9% по сравнению с их средним уровнем в 20-е годы.

Несмотря на все тяготы, которые принесла населению вторая мировая война, рождаемость в ФРГ к 1951 г. увеличилась и достигла 17,3 в среднем по стране. Наиболее высокой она была в Сааре. Однако в Гамбурге за 20 лет (1937—1956) отмечено снижение рождаемости (с 16,3 до 10,0). Причиной этого являлась материальная необеспеченность трудящихся населения города вследствие безработицы, тяжелых жилищных условий и болезней. В 1952 г. в Гамбурге абортов было сделано почти столько же, сколько было принято родов (16 478 и 16 823) (112).

Положение с абортом в крупных городах ФРГ может быть охарактеризовано данными, относящимися к Гам-

бургу, в котором уровень заявленных и разрешенных абортов на 10 000 населения был следующим:

Год	Заявлено абортов	Разрешено
1952	12,2	9,6
1954	10,3	7,6
1959	4,3	3,4

По последним имеющимся в нашем распоряжении материалам страхкасс Гамбурга, касающихся (112) работающих женщин, аборты росли за счет родов.

Год	Число родов	На 100 членов	Число абортов	На 100 членов	На 100 беременностей	
					родов	абортов
1946	5 222	6,02	578	0,67	90,03	9,97
1957	10 150	7,13	1 471	1,03	87,30	13,70

Наиболее высок уровень абортов у женщин в возрасте 25—30 лет. По имеющимся сведениям, среди всех абортов лишь 10% являлись разрешенными (112).

В разных частях ФРГ положение различно главным образом в связи с тем, что некоторые земли, например Шлезвиг-Гольштейн, представляют собой сельские местности со всеми присущими им условиями жизни, а такие, как Саар,— высокоразвитую индустриальную территорию со своими особенностями.

В Любеке в 1950 г. было заявлено (на 10 000 населения) абортов 27,2, разрешено 21,9; в 1959 г. упало число как заявок на аборт (2,01), так и разрешений (1,08). Уменьшение абортов указывает на то, что женщины ФРГ стали предохраняться от беременности, в частности применять противозачаточные средства (112).

По материалам сельских страховых касс, у всех активно застрахованных на 100 беременностей приходится 16 абортов, а у женщин — членов семей застрахованных — 13.

Смертность от аборта на 10 000 живорожденных составляла в 1946 г. 10,0 (в том числе 7,2 с инфекцией и 2,8 без инфекции), к 1953 г. она снизилась в 4 раза (в среднем 2,5, в том числе 1,5 с инфекцией и 1,0 без инфекции).

В последнее время уровень аборта в ФРГ стабилизировался. В середине 50-х годов отмечалась прямая связь между числом заявок на аборты и количеством разводов в стране. Многие авторы (112) считали наиболее вероятным такое соотношение, как 22 аборта на 1000 населения, при этом из всех абортов, по их мнению, только около 5% могли быть действительно спонтанными, а остальные были вызваны искусственно.

На III Международном конгрессе по проблемам рождаемости и бесплодия в Амстердаме в 1959 г. представитель ФРГ Мейер в докладе «Двойная занятость женщины как опасность для семьи, народа и культуры» высказался отрицательно по поводу общественного воспитания детей в яслях и детских садах и призывал женщин «ради сохранения женственности и материнских чувств возвратиться назад к семье, к ребенку» (33).

На Международной конференции по проблеме аборта, происходившей в Ростоке (ГДР) в начале мая 1960 г. (112), представитель США задал вопрос представителю ФРГ по поводу метода оценки уровня нелегальных абортов. Вопрос был вызван тем, что в выступлениях разных лиц предположительное количество абортов в ФРГ оказалось различным: по мнению одних, на северо-западе страны одни роды приходились на три аборта, т. е. при рождаемости 15 на 1000 населения общее число зачатий составляло 60, что биологически возможно, но вряд ли правдоподобно; по оценке других, отношение родов к абортам было 1:1, т. е. число зачатий только 30 на 1000 населения. С такими соотношениями в деле планирования семьи можно было бы поздравить ФРГ, если бы этому можно было верить.

В своем ответе Harmsen указал на существование давно известного феномена, заключающегося в том, что с ростом количества зачатий растет и число абортов. Оценка Dietel касается большого города, положение в котором не может отражать положения во всей стране, так как оно различно в городе и на селе. На основании анализа существующих статистических сведений он подтвердил свое предположение о том, что соотношение между родами и абортами как 1:1 не ошибка, а действительность (112). Стремление к ограничению числа детей (Zweikindersystem) в последнее время охватило все слои общества в ФРГ. В 1950 г. из каждых 100 супружеских пар 23 были бездетными, 27 имели одного ребенка, 23—двух де-

тей; таким образом, 73% семей были совсем бездетными или малодетными. Семьи, имевшие 3 детей, составляли всего 12%, а семьи с 4 детьми и более — 15%. Особенно много семей с небольшим числом детей имелось среди рабочих и служащих. В 1950—1952 гг. около 70% вновь заключенных браков первые несколько лет оставались бесплодными, а из родов в первый год замужества 77% происходили в первые 8 месяцев после заключения брака. Иначе говоря, $^{2}/_{3}$ новорожденных в первый год замужества были зачаты до оформления брака, который лишь узаконил существовавшие взаимоотношения супругов. Такое положение чаще всего наблюдалось в рабочих семьях.

В ФРГ $^{1}/_{4}$ семей с двумя детьми, $^{1}/_{3}$ семей с тремя детьми и $^{2}/_{3}$ семей с четырьмя детьми и более могут существовать только при условии получения пособия от государства. Естественно, что такое положение приводит к ограничению рождаемости (112). Так, если в 1800 г. в Германии было 8 детей в среднем на одну брачную пару, то в 1910 г. их стало пять, а в 1950 г. — только 3.

В 1927 г. в Германии имелось только несколько консультаций, занимающихся вопросами регулирования рождаемости. После посещения в том же году страны известной американской деятельницей Margaret Sanger число таких консультаций стало быстро увеличиваться. Этим вопросом стали заниматься многие организации: Союз охраны матери, Институт по изучению пола Magnus Hirschfeld, Институт по улучшению жизненных условий, частная Берлинская поликлиника Felix Teilhaber, Консультация общества половой реформы и др. Советы пациенткам подавались в них либо бесплатно, либо за небольшую плату. С приходом к власти нацистов эти учреждения были закрыты. За 5 лет своего существования они успели обслужить не более 1000 женщин.

В 1947 г. Берлинскими страховыми кассами вновь были открыты консультации для регулирования рождаемости. После первой мировой войны рабочие в число своих политических требований включали отмену запрета аборта. После второй мировой войны стало ясно, что этого требования недостаточно, и выяснилась необходимость обеспечения многодетных семей за счет государства.

В начале 50-х годов в ФРГ были созданы частные организации помощи матери. Их представители (церковь и врачи) обращали особое внимание на тех женщин, которым было отказано в разрешении на аборт.

На Международной конференции в Ростоке в 1960 г. представители ФРГ выступали против легализации аборта, так как она не приводит к полной ликвидации криминального аборта, а осложнения и смерть женщины могут произойти и после легального аборта. Поэтому надо искать путей замены аборта — операции, не безразличной для здоровья женщины, предохранительными средствами; только они представляют собой настоящую профилактику аборта. Чисто медицинские показания к аборту, по мнению представителей ФРГ, нужно строго ограничить, а стерилизацию как мужчин, так и женщин следует производить лишь по серьезным медицинским показаниям. Целесообразно разрешить продажу безвредных противозачаточных средств и поставить о них в известность врачей, тогда как вредные средства должны быть запрещены. Население надо просвещать по этим вопросам, начиная с возраста достижения половой зрелости, и все советы давать бесплатно. Следует считать нормальным, когда у женщин имеется промежуток между родами в $2^1/_2$—3 года.

Несколько участников конференции высказалось за то, чтобы ответственность за незаконный аборт наряду с женщиной нес и ее партнер (112).

Проблема регулирования рождений и абортов не может получить своего разрешения только законодательным путем. Для этого необходимы соответствующие социально-экономические условия, а затем воспитание и просвещение. Молодые женщины, еще будучи девушками, в 14—16 лет должны быть осведомлены о существовании противозачаточных средств и иметь представление о правильном пользовании ими. Для этой цели надо создавать специальные организации, подобно существующим в Болгарии «женским консультациям», в Норвегии «центрам здоровья матери и ребенка», в Голландии «школам для женатых» (112).

Австрия. В Австрии аборт был запрещен законом в прошлом столетии (с 1852 г.), в 1937 г. был издан новый закон об охране плода, а в 1945 г. — еще один закон по этому же поводу. На основе этих законов разрешено производство аборта по медицинским показаниям, решение о необходимости его находится на ответственности врача. Лишь в случае, когда врач не соблюдает существующих для производства аборта правил, он наказывается тюремным заключением на разные сроки: от 6 месяцев

до 1 года при попытке сделать аборт и от 1 года до 5 лет при совершенном аборте; при повторном проступке врачу запрещается заниматься врачебной практикой. Если врач делает производство абортов своей профессией, он подвергается строгой изоляции на срок от 5 до 10 лет. В случае производства аборта без ведома или против воли беременной следует по закону изоляция лица, виновного в таком деянии, на срок от 1 года до 5 лет, если при этом существовала угроза для здоровья или жизни женщины, виновный наказывается строгой изоляцией на срок от 5 до 10 лет.

На основании дополнительного закона от апреля 1946 г. разрешение на аборт в каждом случае должно выдаваться специальной комиссией, и производить его можно только в клинике. Это относится к абортам, необходимым для спасения жизни или здоровья матери, т. е. абортам по медицинским показаниям. Что же касается социальных, евгенических и других показаний, то они законом не предусматриваются. Поэтому установить истинный уровень распространения абортов в Австрии не представляется возможным.

По данным Центрального статистического управления Австрии, количество родов и абортов в тяжелые послевоенные годы, вплоть до 1948 г., увеличивалось. Затем число родов до 1952 г. оставалось на одном уровне, после чего стало резко увеличиваться, а число абортов, ненадолго уменьшившись, достигло второй волны подъема в 1951 г. Такая динамика родов и абортов показывает, что в проблеме аборта особенно важную роль играют социаальные и экономические условия жизни населения. Плохие условия, в частности недостаток жилищ, являются одной из основных причин большей частоты абортов в городах по сравнению с сельской местностью. Так, у городских жительниц на 100 абортов приходилось 125 родов, а у сельских—200. Следует отметить, что в сельской местности около половины (45,7%) всех абортов происходит в летние месяцы (июнь — август), не исключено, что тяжелая сельскохозяйственная работа способствует спонтанным абортам.

На основании материалов акушерско-гинекологической клиники Университета в Граце, через которую за 6 лет (1947—1952) прошло 15 404 женщины, лечившихся от гинекологических заболеваний, в том числе 37,7% с неполными абортами и 10117 с целью родоразрешения,

оказалось возможным констатировать (111а) соотношение родов и абортов как 1,74 : 1, в предыдущие годы это соотношение было лучше. Среди имевших аборт преобладали молодые женщины — 20—30 лет (74,5%), причем очень молодые (до 20 лет) составляли около $^1/_5$ (16,7%) всего количества. В городах женщин молодого возраста среди абортировавших было относительно больше, чем в селах.

По семейному положению среди абортировавших было замужних 52,4%, незамужних 30%, вдов 8,1% и живущих раздельно от мужа или разведенных 9,5%. Среди городских жительниц доля одиноких была относительно большей, а замужних — меньшей, чем среди сельских жительниц. В группе незамужних женщин, для которых материнство должно было представлять особые трудности, превалировали женщины наиболее молодого возраста.

Причиной аборта у молодых замужних женщин часто являлись тяжелые жилищные условия, в соответствии с чем у них нередко кончалась абортом первая беременность, естественно наступившая в первые годы замужества, когда семья еще не была достаточно благоустроена и материальные трудности были особенно ощутимы.

В связи с отсутствием благоприятных условий для воспитания второго и третьего ребенка довольно часто заканчивались абортом вторая и третья беременности.

Одинокие женщины обычно заканчивали абортом как первую, так и вторую беременность. Представляет интерес тот факт, что у одиноких женщин, донашивающих беременность, реже имелись в анамнезе аборты, чем у замужних, тогда как у одиноких женщин, прервавших вторую беременность, аборты в анамнезе имелись чаще, чем у замужних.

Установить влияние профессии жнщины на частоту аборта оказалось невозможным. Среди городских женщин, имевших аборт, более $^1/_4$ были фабричными работницами (26,5%), примерно столько же были служащими (25,9%), безработные составили 18,1%, домашние хозяйки — 9,7%. В селах из женщин, имевших аборт, работало 35,4%.

В группе работниц как в городе, так и на селе около половины (47,9%) отметили как причину аборта плохое питание и неудовлетворительное состояние здоровья. В половине случаев заработок решившейся на аборт

женщины являлся значительной материальной поддержкой семьи. Трудно установить роль материальной нужды, так как само понятие «нужда» зависит от запросов семьи. Однако приходится считаться с тем, что около половины (45,5%) незамужних женщин ответили, что они потеряли бы работу, если бы не сделали аборта; 17,4% замужних женщин в связи с отсутствием работы у мужа являлись единственными кормильцами семьи. Из женщин, имевших аборт, 27,8% оценили свои экономические условия как хорошие, 42,4% — как средние, остальные считали их плохими. Среди абортировавших замужних женщин 19,4% имели семью из 2 человек, у 80,6% в составе семьи были дети или кто-либо из родных.

По материалам исследования не удалось установить связь между числом живых детей и частотой аборта, так как при одинаковом числе детей число абортов было различным. Что касается влияния жилищных условий, то, например, в Вене за период с 1910 по 1950 г. жилищное положение изменилось не слишком заметно: около половины всех жилищ представляет собой не больше одной комнаты и несколько более трети — не больше двух комнат.

Из одиноких женщин, которым был сделан аборт, почти у $1/3$ не было своего жилья, 27,6% имели на своем попечении семью и жили в одной комнате, около $1/4$ женщин, имея 2 и более членов семьи, помещались в общежитии. Бездетные пары не имели своего жилья в 24,6% случаев, из семей с числом членов 3 и более имели только одну комнату 21%, а проживали в общежитии — 19,7% (111а).

Нидерланды. Запрещение аборта в Нидерландах регламентировано законом в качестве проступка против морали. Пособничество аборту карается тюремным заключением сроком на 3 года или денежным штрафом.

Если в деле замешано лицо медицинского звания или если производство аборта является ремеслом для данного лица, строгость наказания увеличивается на $1/3$, а для медицинских работников может повлечь за собой лишение их звания.

Женщине за производство аборта полагается тюремное заключение сроком до 3 лет. Производство женщине аборта без её согласия карается тюрьмой сроком до 12 лет, а в случае смерти женщины — до 15 лет. При наличии согласия женщины на аборт наказание смягчается — тюремное заключение на $4^1/_2$ года, а в случае смерти жен-

щины — на 6 лет. В законе Нидерландов нет упоминаний о стерилизации, что касается кастрации, то она возможна лишь в отношении психически больных. Такие деяния, как побуждение к аборту путем публичных выступлений или распространения литературы, продажи средств и инструментов для искусственного прерывания беременности, наказуемы штрафом и тюремным заключением на срок от 6 месяцев до 3 лет. В законе нет разрешения на аборт по медицинским показаниям, но если врач в больнице производит искусственное прерывание беременности, то такое деяние не преследуется законом.

Нидерланды—промышленно развитая капиталистическая страна, где после второй мировой войны самая высокая рождаемость в Западной Европе (30,2 на 1000 населения). Плотность населения в Нидерландах наиболее высокая из всех западноевропейских стран (350 человек на 1 км²).

Государственной статистики аборта в Нидерландах не существует, имеются лишь различные разрозненные сведения о нем. По данным Университетской клиники в Амстердаме, аборты составляли 20% по отношению к родам. Так как среди абортов может быть до 8% спонтанных, следует прийти к выводу, что около половины абортов были искусственными. По другим данным, эти соотношения равны 25—29% по отношению к родам.

В Амстердаме ежегодно происходит 16 000 родов и 1000 абортов с кровотечением и лихорадочным состоянием, отсюда следует, что не менее половины абортов здесь остаются неизвестными. В стране ежегодно происходит 235 000 родов, по крайней мере 20 000 спонтанных и от 5000 до 20 000 искусственных абортов.

В 1955—1958 гг. смертность от аборта составила 3 на 100 000 родов. За это же время вся материнская смертность снизилась от 106 до 40 на 100 000 родов (112).

В Амстердаме 7—13 июня 1959 г. проходил III Всемирный конгресс по проблемам рождаемости и бесплодия, на котором было представлено 47 стран мира, в том числе и СССР. Число участников конгресса достигло 1000, среди них были акушеры-гинекологи, биологи, психоневрологи, урологи, эндокринологи и зоотехники. Представители Нидерландов выступали на этом конгрессе с мальтузианскими жалобами на перенаселение страны, что якобы вызывает необходимость регулирования деторождения путем применения противозачаточных средств.

а закон запрещает не только аборт, но и продажу и применение контрацептивов. Особую активность в борьбе против ограничения рождаемости до недавнего времени проявляла католическая церковь. Если у супружеской пары в первые 1—2 года их совместной жизни не родились дети, их вызывал к себе священнослужитель и допытывался, не «грешат ли они против бога, прибегая к средствам, предупреждающим беременность».

На Международной конференции по проблеме аборта в 1960 г. в Ростоке (ГДР) представители Нидерландов, высказываясь за активное планирование размеров семьи, давали этим мероприятиям политически иное объяснение. Один из них, считая аборт социальной проблемой, признавал правильным ее разрешение не медицинскими, а социальными мерами. Другой требовал, чтобы комиссии смотрели и самих женщин, а не только их документы, и, вникая в обстоятельства их жизни, уговаривали женщин доносить беременность, ибо опыт показывает, что многие женщины, желавшие сделать себе аборт, позднее, после отказа в их просьбе, сохраняли беременность и донашивали ее. Этот представитель Нидерландов, подобно некоторым другим участникам конференции, высказал мнение, что в проблеме аборта не следует забывать роль мужчины, который, как правило, всюду остается в стороне от ответственности (112).

Испания. В 1941 г. в Испании был принят закон об «Абортах и охране рождений», по которому соучастие в производстве искусственного аборта карается штрафом независимо от того, был ли умерщвлен плод в утробе матери или извлечен из нее. На практике, однако, ни один врач в Испании не привлекался к судебной ответственности за участие в производстве аборта по медицинским показаниям.

В Мадриде за 10 лет (1941—1950) было 90 000 рождений и ни одной операции прерывания беременности при живом плоде. Под ним понимается плод весом более 1000 г, длиной 31,1 см при сроке беременности 29 недель.

Стерилизация женщины разрешена в Испании лишь в тех случаях, когда необходимо произвести кесарево сечение в третий раз. По евгеническим соображениям стерилизация в Испании не производится, не говоря уже о том, что ее не делают без согласия женщины (117).

Статистики аборта в стране нет, но имеются некоторые сведения на основании отдельных наблюдений. Так,

из 8030 беременных (144) сделали искусственный аборт 24,3%; в 1943 г. это соотношение было 27,1% (по данным 1016 беременностей). При этом закончилась абортом первая беременность у 20,4%, вторая — у 22,8%, третья — у 26,7%, четвертая — у 42%, пятая — у 42,2%.

Италия. В Уголовном кодексе 1930 г. Италии имеются статьи, запрещающие аборт и применение противозачаточных средств. Изгнание плода с согласия женщины наказывается заключением в исправительном доме на срок от 2 до 5 лет, то же деяние без согласия женщины влечет за собой наказание от 7 до 12 лет. Женщина, согласившаяся на искусственный аборт, также подлежит наказанию. В случаях, когда женщина сама изгоняет свой плод, устанавливается заключение сроком от 1 года до 4 лет. Лица, виновные в подстрекательстве беременной к изгнанию плода, наказываются заключением в исправительном доме на срок от 6 месяцев до 2 лет. Если в результате изгнания плода последовала смерть женщины, наказание становится более суровым; для лиц, совершивших это деяние без согласия женщины, предусматривается исправительный дом на срок от 12 до 20 лет, с согласия женщины — от 5 до 10 лет. В случаях, когда в результате аборта имело место только телесное повреждение, наказание уменьшается (соответственно от 10 до 15 лет и от 3 до 8 лет). Наказание полагается и в случаях, когда беременности не было, но в результате произведенных действий имело место телесное повреждение или смерть женщины. Заключение в исправительном доме сроком до 1 года или штраф полагается и тому, кто публично призывает к применению противозачаточных средств. Если эти действия совершаются с корыстной целью, оба наказания применяются совместно.

Прямых указаний на легальный аборт в Итальянском законе нет, но случай операции аборта, необходимый для спасения жизни матери, не подлежит наказанию. Закон ставит на первый план интересы ребенка, а не матери. Никакие социальные аспекты аборта законом страны не признаются.

Путем анкетного обследования, проведенного в Италии в 1955 г., были собраны мнения населения об идеальном размере семьи. По этим данным, женщины в возрасте 18—40 лет считают для себя идеалом иметь 2—3 детей, чаще трех, 1/10 всех опрошенных считали идеальным размер семьи с одним или 5 детьми и более. В среднем же

лаемой оказалась семья с 2,7 ребенка на одну супружескую пару.

На XVII конгрессе Международного института социологии, происходившем в 1957 г. в Ливане, в докладе на тему «Демографическая политика» (Перети, Италия) предлагались два способа решения «проблемы излишнего населения».

Первый из них, менее гуманный,— это «провиденциальная война», второй — «мирный» — сокращение рождаемости путем воздержания или ограничения в супружеской жизни, т. е. неомальтузианство (45).

На Международной конференции по проблеме аборта в Ростоке в 1960 г. (112) представитель ФРГ Harmsen в доказательство того, что наиболее важными здесь являются экономические проблемы, привел пример заводов Olivetti (Италия). Там работающей женщине после рождения ребенка для его воспитания дается 6 месяцев отпуска, и это мероприятие, направленное на помощь женщине, имеет большее значение в борьбе с абортом, чем все другие.

Следует упомянуть, что по разъяснениям папы Пия XII, данным в 1951 г., метод ритма, используемый для регулирования рождаемости, не расходится с указаниями римско-католической церкви в тех случаях, когда это вызывается соображениями медицинского, евгенического, экономического и социального характера. В 1963 г. Ватиканом была создана комиссия по изучению сущности проблемы народонаселения, семьи и рождаемости (58). Третья сессия 21-го Вселенского (второго Ватиканского) собора католической церкви, проходившая в конце 1964 г., впервые в истории католической церкви занималась проблемами супружества и семьи, в частности вопросом регулирования рождаемости.

В конце 1962 г. в газете «Paese Sera» появилась статья O'razio Torri (145), предостерегающая от применения широко рекламируемых противозачаточных гормонов и гормоноподобных веществ, продаваемых в виде пилюль.

Из многочисленных стран Американского континента, помимо США, известны данные о четырех государствах — Канаде и трех латиноамериканских странах.

Мексика. Аграрная страна с развитой добывающей промышленностью. Экономика ее в значительной степени зависит от иностранных монополий, бо́льшая часть которых является монополиями США.

Самодеятельное население составляет не более $1/3$ всего населения страны, а из женщин в общественном производстве занято не более 10%.

Как во всякой по преимуществу аграрной стране, в Мексике высокая рождаемость. Население ее за последние 20 лет росло таким образом:

1940 г.—19 653 000	человек
1950 » —25 791 000	»
1955 » —29 675 000	»
1957 » —31 426 000	»
1960 » —34 626 000	»

Уже в 1953 г. президент Мексики говорил об экономических трудностях, возникающих в результате быстрого роста населения. Sevér Blanco правильно рассчитал, что к 1960 г. население страны достигнет 34 607 752 человека, т. е. прирост населения составит 1 000 000 в год в среднем, что и произошло в действительности. Такой рост населения требует от государства непосильных затрат. По мнению президента, необходим контроль над ростом населения в стране.

Многие женщины из-за материальной нужды отдают на сторону своих детей, а государство не имеет возможности помочь в их воспитании. В условиях существующего политического строя страны ни индустриализация, ни эмиграция не в состоянии разрешить эту проблему.

Мексиканские женщины вынуждены обращаться за противозачаточными средствами в клиники по birth-control, расположенные в городах США, близких к государственной границе Мексики, так как в стране отсутствуют учреждения подобного рода. Одновременно американские женщины приезжают в близлежащие мексиканские города, чтобы сделать аборт по дешевой цене.

В 1955 г. более 1000 женщин вынуждены были лечь в больницы США в связи с послеоперационными осложнениями, часть из них были настолько серьезны, что некоторые женщины умерли. Ясно, что о тысячах других подвергающихся этому риску женщин ничего не известно.

За 2 года «El Paso Planned parenthood center» обслужил всего 303 мексиканских женщин. Почти все (99%) письма супругов, получаемые этим центром, гласят: «Мы молоды (22—35 лет), любим друг друга, не можем воздерживаться, мы уже имеем от 5 до 8 детей и жена проделала уже от 2 до 4 абортов». Эти люди безрезультатно просят помощи (78).

Регулирование рождаемости встречает в Мексике оппозицию со стороны католической церкви, общественного мнения, культурных барьеров: «скромности» женщин и «мужской гордости», как пишут некоторые авторы (97, 98, 99).

Канада. Это индустриальная страна с высокотоварным сельским хозяйством.

В 1933—1938 гг. в Канаде был низкий показатель рождаемости (19,8), однако к 1960 г. он значительно поднялся и достиг 26,9 на 1000 населения. В стране разрешены аборты по медицинским показаниям. Производство аборта по другим мотивам расценивается как уголовный проступок — женщине полагается тюремное заключение сроком на 2 года, а лицу, сделавшему ей аборт,— пожизненное тюремное заключение.

На IV конгрессе врачей общей практики (Монреаль, 1960) в числе других был заслушан также и специальный доклад об аборте.

Статистики аборта в Канаде не существует, так как закон не требует обязательных извещений об аборте, произведенном в сроки до 28 недель беременности, за исключением тех случаев, когда ребенок жил не менее 24 часов (79).

Аргентина. Аргентина — наиболее развитая в экономическом отношении страна Латинской Америки. Искусственное прерывание беременности в Аргентине разрешено в случаях, когда это необходимо для спасения жизни или здоровья женщины и с ее согласия, когда оно производится слабоумной или психически больной женщине с согласия ее законного представителя, а также в случае зачатия в результате насилия. Покушение на производство аборта со стороны самой беременной законом не преследуется. Во всех остальных случаях аборт наказуем. Врачи, акушерки и аптекари, если они участвовали в производстве аборта, кроме обычного в этих случаях наказания, лишаются права заниматься своей профессией. В случае смерти женщины в результате аборта наказание увеличивается.

Чили. Это также достаточно экономически развитое государство в Южной Америке. В Чили не подлежит наказанию аборт, произведенный врачом для спасения жизни или здоровья матери. Аборт разрешается только с целью охраны здоровья женщины. Всякий другой аборт расценивается как криминальный. Наказанию подлежит

женщина, которая делает себе аборт сама или просит, чтобы его сделал кто-либо другой. В случаях, когда это делается для сокрытия своего «позора», наказание смягчается. Врач, если он злоупотребляет своей профессией и делает аборт или участвует в нем, также подлежит наказанию. Остается без наказания аборт, проделанный в случаях, когда беременность явилась результатом насилия, совращения или представляет собой кровосмешение.

Под руководством Латиноамериканского демографического центра в течение ряда лет (1951—1963) проводилось специальное исследование плодовитости на основе обширной анонимной анкеты (56 вопросов) в различных городах стран Латинской Америки: Пуэрто-Рико (1951), Сантьяго (Чили, 1959), Лима (1961), Богота, Буэнос-Айрес, Каракас, Мехико, Панама, Рио-де-Жанейро и Сан-Хозе (1963).

В результате обработки этих материалов было отмечено, что католики, составляющие большинство населения латиноамериканских стран мало склонны к регулированию рождаемости. В августе 1964 г. в 4 городах Сальвадора было обследовано путем 5% отбора 2000 женщин в возрасте 20—50 лет в течение 10 лет их брачной жизни. Установлено, что нет существенной разницы в плодовитости более и менее религиозных женщин. Вместе с тем было отмечено влияние уровня образования на желание иметь то или иное число детей.

Из женщин, имеющих начальное образование, половина высказала желание иметь 3 детей, тогда как среди женщин, имеющих среднее или высшее образование, таких оказалось меньше — 40% (141).

Индия. Из азиатских стран, кроме приведенной ранее Японии, относящейся к группе высокоразвитых в экономическом отношении капиталистических стран наибольший интерес представляет Индия. Она приобрела политическую независимость в 1947 г. и относится к числу развивающихся капиталистических стран Азии.

В книге «Открытие Индии», написанной в 1944 г. в период господства в стране английского империализма, Джавахарлал Неру писал: «Некоторые из стран Азии, например Индия, не только не нуждаются в росте населения, но были бы в лучшем положении, если бы жителей у них было поменьше». И далее: «Огромное население Китая и Индии является для них бременем и источником слабости, если только не удастся надлежащим

образом организовать его и сделать производительным». После освобождения Индии из-под английского владычества, уже будучи премьер-министром свободной страны, Джавахарлал Неру утверждал: «Мы были бы более передовой нацией, если бы имели население примерно наполовину того, что есть» (32).

В Индии, как и в других развивающихся странах, приняты ранние браки: около $^1/_3$ девушек вступает в брак между 14 и 15 годами, а к 20 годам уже 80% женщин состоят в браке. Господствующие в стране религии требуют многодетности. Индуизм желает каждой выходящей замуж девушке «быть матерью восьми детей». Буддизм рассматривает как убийство всякий контроль над рождаемостью. Эти традиции поддерживаются аграрным характером экономики страны, в которой $^3/_4$ населения живут в сельских местностях.

Первая клиника, занимающаяся вопросами планирования семьи, была открыта в Бомбее профессором Ragbunath Dbondo Karve. Однако в то время начинания подобного рода не могли получить поддержки и заглохли. Именно в это время Махатма Ганди проповедовал возможность сокращения рождаемости исключительно путем воздержания от брака.

В 1929 г. в Мадрассе неомальтузианская лига стала издавать специальный печатный орган, пропагандирующий контроль над рождаемостью («Madras Birth--control Bulletin»).

Таким образом, с 20-х годов в Индии существует два направления по регулированию размеров семьи: одно из них считает необходимым применение противозачаточных средств, другое — воздержание от брака.

В 1932 г. Совет Мадрасского университета принял решение обучать студентов-медиков методам контрацепции, в следующем году в этом штате была открыта специальная клиника по контролю над рождаемостью.

В это же время Всеиндийская конференция женщин рекомендовала ознакомить в специальных медицинских учреждениях всех мужчин и женщин с методом регулирования деторождения. Однако на эти призывы откликнулись лишь городские жители, имеющие не менее чем среднее образование, тогда как основная масса населения осталась к ним равнодушной.

В 1935 г. под председательством Джавахарлала Неру Национальным конгрессом был основан Национальный

комитет по планированию семьи, который рекомендовал применение противозачаточных средств.

До 1936 г. вопрос этот в открытой печати не обсуждался, так как отношение к нему со стороны правительства было враждебным. Лишь в 1943 г. Центральное правительство страны назначило комитет (первый), официально поддержавший рекомендации по контролю над рождаемостью.

В первые же годы после освобождения Индии от английской зависимости (1949) развернулась пропаганда противозачаточных средств. Однако успеха она почти не имела; при изучении этого вопроса выяснилось, что в Бомбее с 1951 г. только 3000 супружеских пар применяли контрацептивы.

После провозглашения Индии республикой (1950) по решению правительства была создана Комиссия по планированию, которая составила национальный план развития страны, предусматривающий быстрый рост уровня жизни населения, предложение работы всем трудоспособным лицам и другие меры, среди которых значилось и регулирование рождаемости. Уже в первый год пятилетки (1951) была принята современная программа регулирования семьи, но выполнение ее проходило весьма медленно, хотя правительство и отпускало на эту программу большие средства и усилило государственный аппарат для ее осуществления. Городские районы достигли некоторых успехов в отношении открытия новых клиник по планированию семьи.

Так, в 1951—1956 гг. было создано 147 клиник, из них в сельской местности только 21. В дальнейшем открытие таких клиник происходило быстрее и преимущественно в селах.

В 1956—1961 гг. было создано 1649 клиник, из них 1100 в сельской местности, в третьей пятилетке (1961—1966) всего было открыто уже 8200 клиник, из них 6600 на селе (64). В сельской местности открытие клиник значительно отставало (103).

Таким образом, уже в 1951—1956 гг. в Индии государство проводило активную политику планирования семьи, затратив на эти цели миллионы долларов. Однако в связи с экономической и культурной отсталостью населения и большим влиянием религии и обычаев эти мероприятия дали небольшой эффект. Среди низших слоев населения противозачаточные средства совершенно непопулярны,

это приводит к необходимости большего распространения среди них стерилизации. Это мероприятие более популярно в семьях, уже имеющих 3—4 детей, когда жене около 30—35 лет, а мужу около 40 лет. Государство выплачивает 30 рупий за стерилизацию замужней женщине, имеющей 3 детей, при условии, если ей не менее 24 лет, а мужу еще нет 50 лет.

В Индии чаще подвергаются стерилизации мужчины. Так, в 1959 г. среди лиц, подвергшихся этой операции, мужчин было 60%. Им производится вазэктомия, как правило, амбулаторно.

Выступавшая в прениях по проблеме аборта на Международной конференции в Ростоке (1960) леди Rama Rau (Бомбей) говорила о том, что быстрый рост населения Индии—большая государственная проблема. Правительство страны ищет средства остановить его, в связи с чем вопрос искусственного прерывания беременности занимает умы многих общественных деятелей и работников медицины.

Точных статистических данных о количестве абортов в стране нет, известно лишь много случаев смерти от криминального аборта (112).

Леди Rama Rau приводит пример работы одной из поликлиник-консультаций в маленьком городе, которую посетило 700 женщин, из них 75% по поводу аборта и в связи с нежеланной беременностью. Эти женщины остались недовольны тем, что врач посоветовал им сохранить беременность, и обратились за помощью к шарлатанам. Такого рода выход весьма нежелателен, так как опасен не только для здоровья, но и для жизни женщины. Необходимо, чтобы врачи консультаций, готовые научить предохранению от зачатия, проводили свою работу профилактически, с тем чтобы путем регулирования рождений и планирования семьи добиваться сохранения здоровья женщины.

Перепись 1961 г. показала значительное увеличение населения Индии. По мнению государственных деятелей страны, ее будущее, а также счастье каждой семьи зависят от успехов в деле контроля над ростом населения. Однако пропаганда контроля над рождаемостью в течение предшествовавших 5—10 лет не помогла (85).

Комитет по либерализации закона об аборте организован в Индии в 1964 г. По его мнению, следует разрешать аборты в случаях: опасности для жизни и здоровья

матери и ребенка, беременности в результате насилия или у незамужней, а также у психически неполноценной женщины[1].

Во Всеиндийском институте гигиены и здравоохранения в Калькутте легализация аборта рассматривается как часть программы по планированию семьи. Сторонники легализации мотивируют свою позицию положительным опытом Японии и Швеции, а также необходимостью борьбы с криминальным абортом. Противники считают этот опыт неприемлемым, противоречащим индийским традициям[2].

По имеющимся сведениям, большинство населения Индии не одобряет легализацию аборта. Более популярна в стране стерилизация, особенно среди образованных и обеспеченных групп населения.

Редакция журнала «Indian med. Association» не согласна с мнениями корреспондентов, рекомендующих легализацию аборта по примеру скандинавских стран и Японии как средства преодоления перенаселения и улучшения социально-экономических условий жизни населения, в частности условий жизни женщины.

Интересна работа Индийского статистического института по изучению клиентов клиник по планированию семьи, проведенная в 1960—1965 гг.

По данным клиник для мужчин, возраст большинства мужей 30—39 лет, жен 20—29 лет; окончившие среднюю школу составляли среди мужчин 46,2%, среди женщин 36,0%; по социальному положению 67,4% мужей принадлежали к среднему классу; по доходу 35,3% имеют в месяц от 101 до 200 RS и 30,9%—от 101 до 300 RS; по возрасту вступления в брак большинство мужчин (45,2%) имело 25—29 лет, женщин (50,7%)—15—19 лет; по числу детей в семье 73,1% супружеских пар имели до 3 детей; 58,4% пар знали о возможностях планировать число детей, при этом 10,5% из них никогда этим не пользовались; 78,6% пар пользовались кондомами.

По данным клиник для женщин, основная масса их, живущих вне города (89,7%), ничего не знает о возможностях планирования числа детей, из них 38,0% неграмотны и 43,1% имеют только начальное образование. Из числа работающих женщин 61,5% имеют среднее образова-

[1] J. Ind med. Assoc., 1967, 49, 3.
[2] J. Ind. med. Assoc., 1967, 49, 5.

ние и применяют противозачаточные средства, жены работающих в большинстве случаев (83,3%) не знают и не применяют никаких предохранительных средств.

Все же эффективность применения противозачаточных средств (уменьшение числа рождений на 1000 супружеских пар) довольно значительна: в 1960—1961 гг. этот показатель был 171,5, а в 1963—1964 гг. стал 152,5[1].

В 1967 г. министр здравоохранения и планирования семьи Индии Чандра Секхар выступал с докладом в Москве (в Центральном ордена Ленина институте усовершенствования врачей) и сообщил, что в Индии имеется 515 000 000 населения, несмотря на все еще высокую смертность, в стране за год прибавляется 13 000 000 человек. Уровень жизни народа низок, на каждого человека в среднем приходится 1900 калорий в день, что далеко от нормы питания, если принять за нее 2500 калорий. Около миллиона человек в Индии, по его словам, ложатся спать голодными, люди живут в хижинах, сплетенных из прутьев и обмазанных глиной, несколько миллионов спит прямо на улицах, не имея крыши над головой. По данным Секхара, рождаемость в Индии 42‰, средний размер семьи — 6,2 человека. Единственным выходом из такого тяжелого положения докладчик считал снижение рождаемости до уровня 20‰, т. е. более чем вдвое. При этом одной из мер для достижения указанной цели должно быть премирование семей, имеющих не более 3 детей.

В стране проведено 2 000 000 стерилизаций, в дальнейшем следует идти по тому же пути, но при полном соблюдении добровольности. Никакие насильственные меры по ограничению рождаемости не могут иметь успеха до тех пор, пока супружеские пары под влиянием роста экономического и культурного уровня страны сами не придут к заключению о необходимости ограничения рождаемости.

Отрывочные сведения, появившиеся в нашей печати за последние годы, позволяют составить некоторое представление о положении дела регулирования рождаемости в таких странах Азии, как Цейлон и Пакистан, которые, так же как и Индия, заинтересованы в сокращении роста населения.

---

[1] J. Ind. med. Assoc., 1967, 49, 1.

На Цейлоне, по существующим обычаям, женщины рано выходят замуж; по статистическим данным, в стране имеется около 3000 замужних женщин в возрасте до 14 лет. Можно полагать, что именно это обстоятельство является одной из серьезных причин высокой смертности новорожденных и матерей при родах.

Аборт на Цейлоне запрещен, противозачаточные средства не распространены, и хотя Шведская организация по планированию семьи помогает Цейлону в организации центров для пропаганды контрацептивов, почти в каждой семье там имеется много детей.

Пакистан. Это страна, основное население которой исповедует мусульманскую религию. Как известно, коран призывает к многодетности и запрещает безбрачие. Правительственные органы ведут пропаганду за уменьшение рождаемости, принимая меры для ограничения численности населения. С этой целью в стране существует программа национального планирования семьи на уровне государства. По существующему закону при рождении ребенка семья уплачивает налог в 20 рупий. В Пакистане создано общество по регулированию семьи, которое призывает мужское население к стерилизации (В. Кованов). Однако все это при наличии низкого уровня экономического и культурного развития страны не дает желаемых результатов.

В последние годы много внимания уделяется росту населения в мире. При этом особое беспокойство у буржуазных ученых вызывает так называемый «взрыв» населения в развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки. В качестве универсального средства от голода вследствие нехватки продуктов питания в этих странах буржуазная наука предлагает контроль над рождаемостью[1]. В таких странах, как Пакистан, Тунис, Турция, Египет, Марокко, Кения, Иран, планирование семьи включено в программы национального развития.

Материальные затраты на эти программы выражаются в значительных величинах: в Пакистане 12 млн. долл., или около 0,1 долл. на душу населения, что составляет 12% бюджета здравоохранения страны; в Турции — 3,5 млн. долл., или около 3% бюджета здравоохранения и 0,2% общенационального бюджета[2].

---

[1] Ztschr. Naturheilkunde, 1967, 19, 7.

[2] Lancet, 1968, 2, 75—77.

На Международном совещании коммунистических и рабочих партий в Москве в июне 1969 г. ярко и убедительно прозвучало в этом плане выступление члена политбюро ЦК Мартиникской компартии тов. В. Гитто, сказавшего: «В качестве единственного решения наших проблем французские колонизаторы предлагают лишь экспатриацию молодежи, развитие туризма и введения контроля над рождаемостью...»[1].

Американский зоолог Десмонд Моррис в книге «Голая обезьяна» пишет: «...наилучшим способом обеспечения мира во всем мире является широкая пропаганда противозачаточных средств и абортов».

Слаборазвитым странам, по мнению такого рода ученых, не нужно экономическое развитие, а значит и урбанизация, панацея от всех зол — уменьшение рождаемости[2]. Известный ученый из ГДР Юрген Кучинский правильно пишет, что за последнюю треть десятилетия решающее противоречие экономического развития в различных развивающихся странах между ростом населения и увеличением урожайности не в пользу последнего происходит от общественного этапа технического развития и не имеет ничего общего с биологическими законами прироста[3].

СОЦИАЛИСТИЧЕСКИЕ СТРАНЫ ЕВРОПЫ (КРОМЕ СССР)[4]

Эти страны стали на путь свободного политического, экономического и культурного развития в результате победы над немецкими фашистами во второй мировой войне. В данной книге речь будет идти о Болгарии, Венгрии, Германской Демократической Республике, Чехословакии, Югославии, Польше и Румынии. Эти страны, примкнувшие к лагерю социализма, в последние более чем 20 лет успешно идут по пути социалистического строительства.

Народная Республика Болгария. До 1956 г. в стране существовал запрет аборта. По имеющимся сведениям, в 1952 г. умерли от аборта 44 женщины, в 1964 г. — 50, а через 2 года после снятия запрета число смертельных исходов резко снизилось (20). Рождаемость в 1952 г. была 21,2 на 1000 населения, число зарегистрированных абор-

---

[1] «Правда» от 11 июня 1969 г.
[2] «Известия» от 12 апреля 1969 г.
[3] Demografia, 1968, 3—4 (на венгер. языке).
[4] Положение в СССР будет рассмотрено во втором разделе.

тов — свыше 16 000. Через 2 года после легализации абортов (1958) рождаемость снизилась до 17,9, а число абортов увеличилось до 55 473.

Министерство здравоохранения и социального обеспечения в 1956 г. разрешило аборт не только по медицинским, но и по социальным показаниям. В связи с этим в 1958 г. число абортов, проведенных вне медицинских учреждений, резко снизилось и составило 30,9% (против 91,4% в 1953 г.), криминальный аборт при этом занял среди всех абортов весьма незначительное место (0,45% против 2,4% в 1953 г.).

Осложнения после внебольничного аборта, как и следовало ожидать, достигали 21,48%, тогда как после полного искусственного аборта, произведенного в больнице, они равнялись только 1,48%.

Как известно, разрешение аборта правительствами социалистических стран преследует цель предоставления женщине права самой решать вопрос о материнстве и не ставить ее перед необходимостью прибегать к нелегальному аборту в случаях нежелательной беременности.

Начиная с 1956 г., кроме разрешения аборта по социальным показаниям, предусматривается проведение в Болгарии ряда серьезных государственных мероприятий со стороны органов здравоохранения, таких, как развертывание коек для производства аборта, разъяснение женщинам опасности этой операции, производство, продажа и пропаганда противозачаточных средств, материальная помощь матерям, курсы для матерей, использование газет «Женщина сегодня» и «Фронт родины» для целей санитарного просвещения населения, выпуск специальной брошюры «Аборты». Управлению медицинской промышленностью было поручено обеспечение производства противозачаточных средств, а управлению аптеками — обеспечение продажи отечественных и импортных противозачаточных средств.

Имеющиеся статистические данные показывают, что в 1957 г. в Болгарии среди женщин, имевших аборты, 3,7% были бездетными, 22,2% имели одного ребенка, 67,8% — 2 детей и 6,2% — 3 детей и более.

В 60-х годах женщины — служащие и работницы — составляют в Болгарии 39% всех трудящихся, а планирование семьи связано с раскрепощением женщины, рождение второго ребенка уже становится проблемой (152).

Венгерская Народная Республика. На основании закона от 1878 г. на территории нынешней Венгрии разрешался лишь аборт по медицинским показаниям. Пропаганда и продажа противозачаточных средств были запрещены.

В первое десятилетие после освобождения Венгрии, вплоть до 1955 г., рождаемость в стране стала увеличиваться, а смертность — падать, что привело к увеличению естественного прироста населения.

Министр здравоохранения Венгрии Жозеф Роман в этот период говорил, что с 1945 г. число родов в стране столь благоприятно, что Венгрия по этому показателю занимает выдающееся место в мире.

До 1953 г. в период запрета аборта в Венгрии ежегодно регистрировалось около 2000 законных и выявлялось более 100 000 незаконных абортов; при этом примерно половина последних производилась знахарями.

С 1956 г. в Венгрии разрешен аборт не только по медицинским, но и по социальным показаниям. Разрешение на производство операции искусственного прерывания беременности выдается комиссией из трех человек,— врача медицинского учреждения (гинеколога) и двух представителей общественных организаций. Содержание в стационаре по поводу аборта по социальным показаниям платное. Аборт по медицинским показаниям производится бесплатно.

Статистические сведения о произведенных абортах представляются в органы здравоохранения в обязательном порядке ежемесячно и за год в целом.

Число абортов в стране в значительной степени определяется их количеством в Будапеште, где главной причиной их женщины указывают плохие жилищные условия (Szenes Imre).

В 1957 г. число искусственных абортов в Венгрии достигло 12,5 на 1000 населения при рождаемости 17,0. Процент абортов по отношению к родившимся в этом году составил в среднем 73; при этом в зависимости от возраста матери этот показатель варьировал от 26,9% у женщин в возрасте 15—19 лет до 150% в возрасте 50 лет и старше.

Более чем у половины (63%) женщин, имевших аборты в 1957 г., были 2 живых детей и больше; первобеременные составляли 8,8%, более 90% из женщин, имевших аборт в этом году, в качестве мотивов прерывания

беременности приводили социальные и семейные обстоятельства (150).

В 1958 г. число искусственных абортов в Венгрии достигло 146 000. Во второй половине этого года в стране было начато выборочное обследование положения дела регулирования рождаемости. На основании обработки материалов первого этапа этого обследования, охватившего 1531 случай из общего количества 6000, или 0,25% всех женщин детородного возраста, выяснилось, что 66% женщин до брака, по согласованию с будущим мужем, планируют размеры своей семьи (это материалы нехарактерны для населения комитатов Венгерской низменности, имеющего высокую плодовитость), ориентируясь в среднем на 2—3 детей. Из средств предупреждения беременности самым распространенным является прерванное сношение (56%), затем мужские презервативы (146).

В 1959 г. число искусственных абортов (152 000) превысило число живорожденных (151 000) и составило 15,2 на 1000 населения, при этом увеличилось число повторных абортов (157).

В 1931—1940 гг. спонтанный аборт, включая осложненный, составлял 13% всех абортов, причем ежегодно от сепсиса умирало 185 женщин, а 247 страдали тяжелой «родильной горячкой». В 1959 г. удельный вес спонтанного аборта вырос до 23,5%, что означает включение в это число также и криминальных абортов; из 77 женщин 72 умерли от так называемого спонтанного аборта.

В 1958 г. в комитате Барания доля спонтанных абортов была особенно велика (45,9%), что указывает на большие трудности, создаваемые врачами этого комитата для женщин, претендующих на разрешение искусственного аборта. Летальность от аборта в этом комитате была в 4 раза выше, чем во всей стране, где она составляла в 1952 г. 2,2%, а в 1959 г. снизилась до 1,2%.

В 1958 г. осложнения после искусственного аборта составили 1,80%, а после так называемого спонтанного — 5,87%. Число искусственных абортов в этом году увеличилось на 22 000, тогда как число родов уменьшилось на 9000. Из этого факта можно сделать вывод, что примерно 13 000 абортов, ранее делавшихся тайно, теперь стали явными.

Снижение рождаемости, имеющее место в Венгрии, лишь в небольшой степени зависит от роста количества искусственных абортов, которые на 80% (в 1959 г.— на 75%) состояли из абортов, ранее совершавшихся тайно.

Основная масса (2/3) замужних женщин планирует размеры своей семьи, около половины из них (49,3%) применяли контрацептивы, 15% делали аборты, остальные прибегали и к тому, и к другому. Среди женщин, в анамнезе которых были аборты, бездетные составляли 10%, а около 70% женщин имели не менее 2 детей.

Среди указанных женщинами причин аборта фигурировали: жилищная нужда, большая разница между уровнем жизни бездетных семей и имеющих детей, т. е. стремление к лучшему благосостоянию; противоречие между биологическим призванием женщины и ее общественными обязанностями, которое пока еще трудно разрешимо; недостаточная прочность семьи, что приводит к частым разводам (146).

Любопытно то обстоятельство, что одинокие женщины, а также женщины — работницы и служащие предпочитали делать аборт вдали от места жительства или места работы, надо думать, с целью меньшей огласки.

На основании предварительных результатов обследований по семейной статистике и статистике семейных бюджетов Венгерской переписи населения 1960 г. выяснилось, что супружеские пары составляли 87% всех семей, в остальных был один родитель с ребенком. С 1949 г. число семей, имеющих от 2 до 4 членов, увеличилось на 27%, а число больших семей (5 членов и более) сократилось на 20%; при этом средний размер семьи стал 3,3 против 3,6 человека. Наименьший размер семьи отмечался у самостоятельных хозяев (3,1 человека), наибольший — у лиц, занимающихся физическим трудом (3,9 человека).

Количество детей в семьях уменьшилось; бездетных семей в 1960 г. стало 31% против 27% в 1949 г.; семей, имеющих 3 детей и более, стало 13% против 20%; среднее число детей на одну семью сократилось с 1,5 до 1,3 (162).

В октябре 1960 г. ЦСУ и Министерство здравоохранения Венгрии провели специальное анкетное обследование (158), охватившее более 26 000 женщин, выписав-

шихся в течение месяца из стационаров всех типов, где они лежали по поводу родов (37%), абортов (62,8%) или внематочной беременности (0,2%). Полученный в результате материал оказался достаточно репрезентативным, отвечающим на ряд очень важных и интересных вопросов. Оказалось, что городские женщины, в особенности жительницы небольших городов, беременеют чаще сельских жительниц, тогда как рожают реже их. В деревнях кончается родами каждая вторая, в небольших городах — каждая третья, а в Будапеште — каждая четвертая беременность. Доля самопроизвольных абортов при этом примерно одинакова во всех городах (около 10%). В Будапеште сочетается самый низкий показатель числа забеременевших с самым высоким показателем числа абортов. В небольших городах сочетание иное — высокий показатель абортов и самый высокий показатель числа забеременевших. Частота родов во всех городах примерно одна и та же. В Будапеште наибольшая частота беременностей наблюдалась в возрасте до 20 лет, в небольших городах — в 20—36 лет. Стандартизованные по возрасту женщин показатели частоты беременностей составили в Будапеште 110,9, в небольших городах — 116,0, в сельских местностях — 109,5. Средняя численность детей у женщин, имевших аборты, в городе 1,6, на селе 2,2. У замужних частота абортов возрастает вместе с увеличением числа детей, у одиноких аборты чаще среди бездетных в молодом возрасте. Наибольшая частота аборта отмечена у женщин, имеющих 2 детей; для замужних число детей является определяющим фактором. По этим данным, имеет значение разница в возрасте супругов: если муж старше жены на 10 лет и более, то число родов уменьшается. Отрицательно влияет присутствие в квартире родственников или посторонних лиц. Вопреки ожиданию наличие в семье родственницы-женщины (тещи или свекрови) имеет более отрицательное влияние, чем наличие родственника-мужчины (тестя или свекра), хотя с точки зрения возможности помощи с их стороны в деле воспитания ребенка можно было бы ожидать обратного. Присутствие в квартире других родственников резко сказывается на ограничении числа рождений. Занятость женщин в общественном труде способствует снижению плодовитости; так, среди иждивенок роженицы составляли 46,1%, среди самодеятельных женщин только 35,1%.

Занятость трудом и физическая нагрузка оказывают более сильное отрицательное влияние на плодовитость, чем уровень жизни семьи, т. е. материальный фактор в этом вопросе не является определяющим. Так, на рождение первого ребенка материальное положение почти не оказывает влияния, а в группе семей с 1 ребенком более низкий доход сочетается с бо́льшим количеством родов, т. е. повышение жизненного уровня семьи само по себе не ведет к увеличению рождаемости. Плотность населения в квартирах также не оказывает заметного влияния на рождаемость. Около трети (34%) опрошенных женщин применяли контрацептивы. Эти данные недостаточно характерны (занижены) для всей страны, так как бо́льшая часть опрошенных женщин были роженицами, а женщины, с успехом применявшие контрацептивы, остались неопрошенными. Среди способов предохранения от беременности преобладало прерывание полового акта (54,8%); применение презервативов составило 19,2%.

Основная масса женщин, решившихся на искусственный аборт (90%), сделала его по личным, семейным или социальным мотивам, в том числе в связи с такими причинами, как достаточное число детей (30,5%), плохие жилищные условия (15,2%), низкий доход (13,4%), болезнь женщины или боязнь родов (10,3%), наличие маленького ребенка и плохое семейное положение (по 9,7%).

Опрос предусматривал выяснение будущих семейных планов женщины. Около половины из них (61%) больше не хотели рожать, при этом половина замужних женщин не хотела рожать в связи с достаточным, по их мнению, числом детей (1—2). Из исследования были сделаны следующие основные выводы: в стране отмечается интенсивное ограничение рождаемости, не связанное с материальным положением семьи; среди мотивов ограничения преобладают личные и семейные причины, среди которых на первом месте тенденция иметь только 1—2 детей. Такое положение обусловлено процессом урбанизации, растущим вовлечением женщин в производство, изменением общественной структуры и занятий, повышением культурного уровня и ростом потребностей населения. Материальное положение не влияет на уровень рождаемости; это обстоятельство ограничивает возможность роста населения в будущем.

По мнению некоторых исследователей [147], планирование семьи связано с принадлежностью ее к той или иной общественной группе. По этим данным, желаемое число детей в семье меньше всего у служащих (2,1) и больше всего у рабочих (3,0).

По данным Центрального статистического управления Венгрии, причиной 54% абортов (около 180 000) были материальные соображения. Люди стремятся к среднему или близкому к нему уровню жизни и потому не хотят иметь большой семьи [155]. Эти выводы расходятся с приведенными выше выводами анкетного обследования.

По выборочным данным женских консультаций Будапешта, можно сделать вывод о вреде искусственного аборта, в результате которого чаще наступают преждевременные роды, мертворождения, родятся недоразвитые плоды, выше детская смертность. По этим данным, в 2—5% случаев наступает вторичное бесплодие женщины [149]. Вывод о необходимости замены аборта другими средствами предупреждения рождений совершенно правилен, но вряд ли можно согласиться с другим утверждением о том, что сокращение рождений зависит от числа абортов. Условия жизни женщины приводят ее к необходимости регулирования численности семьи. Аборт — лишь средство для удовлетворения этой необходимости, средство варварское, которое следует заменить более культурными противозачаточными средствами.

В докладе, представленном на Европейскую, Ближневосточную и Африканскую региональную конференцию Международной Федерации по планированию семьи, состоявшуюся в июне 1964 г. в Лондоне, было сказано, что Венгрия интересуется вопросом планирования семьи в связи с низкой рождаемостью и небольшим естественным приростом населения в стране. В выводах этого доклада говорилось о необходимости борьбы за повышение рождаемости экономическими и психологическими средствами, отнюдь не восстанавливая запрета абортов, а также о задачах сокращения числа абортов за счет большего распространения противозачаточных средств [159].

На 1 января 1963 г. в Венгрии была проведена выборочная перепись населения (микроценз, охватывающий 2% населения страны), на основании которой были получены данные, характеризующие рождаемость.

Оказалось, что в 1963 г. по сравнению с 1960 г. на 100 активно самодеятельных возросло число неактивно самодеятельных и иждивенок (с 104 до 110); при этом доля самодеятельных женщин в составе самодеятельного населения возросла в 1963 г. (38,1%) против 1930 г. (26,7%). Численность детей на 100 замужних женщин уменьшилась с 329 в 1930 г. до 232 в 1960 г. и 229 в 1963 г. Распределение семей по числу живых детей с 1949 по 1963 г. изменилось в пользу увеличения доли семей с меньшим числом детей (табл. 13).

Таблица 13

Распределение семей по числу живых детей

	1949 г.	1963 г.
Семьи бездетные	26,8	30,5
Имеющие 1 ребенка	31,7	35,7
» 2 детей	21,8	21,7
» 3 »	10,2	7,5
» 4 »	4,8	2,6
» 5 »	2,4	1,1
» 6 » и более	2,3	0,9

Распределение замужних женщин по числу родившихся детей с 1930 по 1963 г. также изменилось (табл. 14).

Таблица 14

Распределение замужних женщин по числу родившихся детей

Процент замужних женщин, имеющих детей	1930 г.	1960 г.
0	17,1	13,7
1	16,9	26,1
2	16,5	27,3
3	12,8	14,3
4—5	16,7	11,3
6 и более	20,0	7,3

В 1963 г. число искусственных абортов в Венгрии достигло 174 000, что составило 131 на 100 живорождений. В 1964 г. эти числа соответственно увеличились до 218 000 и 165 на 100 живорождений [156].

Из всех изложенных материалов видно, что в Венгрии наблюдается систематическое снижение рождаемости. Так, в 1965 г. нетто-коэффициент воспроизводства составил 0,831 [91]. Это обстоятельство волнует правительство и общественность страны. Многочисленные иссле-

дования вопроса регулирования размеров семьи и связи его с уровнем рождаемости не всегда приводят к одинаковым выводам.

Обследование 1966 г. показало, что молодые пары не откладывают рождение первого ребенка. Двухлетний отпуск для воспитания ребенка и выдаваемые за этот период выплаты позволяют надеяться на благоприятное изменение рождаемости [161].

Ясно одно: рождаемость связана как с биологическими (возраст женщины), так и главным образом с социальными (семейное положение, занятость общественным трудом и др.) факторами. Так, плодовитость домашних хозяек в 1964 г. была на 86% выше, чем работающих женщин [92]. Аборт в Венгрии играет большую роль в регулировании рождаемости, но его запрет не может привести к повышению ее уровня — для этого необходимы широкие социальные мероприятия.

ГДР. Еще до образования Германской Демократической Республики (октябрь 1949 г.) в конце 1947 г. в Германии был разрешен аборт по медицинским показаниям. По материалам Mehlan [113], в ГДР в 1949—1950 гг. было произведено 28 775 легальных абортов при 11 смертельных исходах; смертность при абортах составляла 3,8 на 10 000, т. е. была не больше, чем при родах.

В ГДР 27 сентября 1950 г. вышел закон «Об охране материнства и младенчества и о правах женщин» (Mutterschutzgesetz), который разрешает аборт для спасения жизни или здоровья матери, а также в случае наследственных болезней. Во всех других случаях в целях охраны здоровья женщины и содействия увеличению рождаемости аборт запрещается и за его производство установлена уголовная ответственность. Разрешение на аборт дает специальная комиссия в составе врача и двух представителей: одного — от органов здравоохранения, другого — от демократического женского союза. Члены комиссии должны сохранять тайну, за разглашение которой они несут такую же уголовную ответственность, как за оскорбление достоинства личности.

Разрешенный аборт производится только врачами-акушерами в медицинских учреждениях, специально отведенных для этой цели. В Мекленбурге, Бранденбурге, Верхней Саксонии и Тюрингии аборт разрешается также и в тех случаях, когда социальные условия беременной женщины и ее семьи неминуемо ухудшатся в связи

с рождением ребенка. В Восточном Берлине существуют лишь медицинские показания к аборту. Стерилизация запрещена во всей ГДР. По закону, существовавшему до 1950 г., незаконнорожденный ребенок не являлся родственником отцу, а мать не имела на него родительских прав. Однако отец ребенка имел по отношению к нему обязательство — материальное обеспечение — соответственно общественному положению матери. Закон 1950 г. уровнял в правах внебрачных детей с детьми, рожденными в браке, возложив материальную ответственность по воспитанию ребенка на обоих родителей. По этому закону местные самоуправления обязаны оказывать помощь одиноким матерям и их детям. Женщину, обращающуюся за разрешением на аборт, врач обязан ознакомить с содержанием закона, ибо, как показали судебные процессы, женщины не всегда достаточно осведомлены о предоставленных им правах.

Закон об аборте, принятый в ГДР, отличается от аналогичных законов других социалистических стран.

За время с 1946 по 1965 г. следует различать три периода [113] в развитии легального аборта в Германии и ГДР.

Таблица 14а

Период	Годы	Изменение числа легальных абортов	Число абортов на 100 000 жителей
Первый	1946—1947	Снижение	7—5
Второй	1948—1950	Повышение	10—15
Третий	1951 и позже	Снижение	3—5

В первый период еще действовал запрет аборта. Во втором периоде, несмотря на то что разрешалось производство аборта только по медицинским показаниям, число абортов достигало 600 000 — 1 000 000 за год. Наказание за аборт имело место в ничтожном количестве случаев (от 0,5 до 1%). Аборт «ушел в подполье», число хронических заболеваний и смертей, связанных с ним, увеличилось. В связи с этим положением имелись такого рода высказывания (Höllein): «Закон, который ежегодно делает преступницами 900 000 немецких женщин,— не закон» [112].

De jure в стране существовали только социально-медицинские показания к аборту, а de facto в большинстве случаев они применялись как чисто социальные показания. Так, в 1949—1950 гг. было подано 85 000 заявлений на аборт, из них удовлетворено 37 000, в том числе 63,8% по социальным показаниям и 6,8% по социально-медицинским. Среди женщин, получивших разрешение на производство аборта, замужние составляли 70%, раздельно живущие — 5,4%, одинокие — 5,8%, разведенные и вдовы — 3,8%. Состав этих женщин по возрасту был таков (в процентах к итогу):

До 15 лет	16—18	18—20	20—25	25—30	30—25	35—40	40 лет и старше
0,1	1,2	3,4	17,0	26,1	19,0	23,2	9,9

У замужних женщин один легальный аборт приходился на 10 родов, у незамужних — на 3,2. По числу имевшихся живых детей женщины распределялись следующим образом [112]:

Не имели детей	13,2%
Имели 1 ребенка	20,3%
» 2 детей	25,4%
» 3 »	17,6%
» 4 » и более	23,5%

Если в среднем 12,3% всех беременностей кончались абортом, то у женщин, имеющих 4 детей и более, это соотношение достигало 60%. Среди причин аборта женщины отмечали главным образом материальные затруднения; наиболее существенное место среди них занимал недостаток жилой площади (40,7%). По этим материалам, на одну комнату в среднем приходилось 2,6 человека, а в группе замужних женщин — даже 2,9 человека.

Положение с абортом в третьем периоде определяется законом 1950 г. об охране матери и ребенка, целью которого является сохранение большой семьи. Социальные показания этим законом были отменены и остались только медицинские показания, которые толковались расширительно, что привело к снижению количества искусственных абортов, в том числе и криминальных. По данным 287 больниц и опроса 7000 женщин, выяснилось, что родами окончилось в 1946 г. 68% беременностей [109], а в 1954 г.—75,2%. При этом, хотя размеры нелегального аборта можно установить лишь приблизи-

тельно, за эти годы процент его среди всех абортов снизился с 17,0 до 14,2 и в дальнейшем оставался на том же уровне. Спонтанный аборт при этом не превышал 10%.

Закон 1950 г. сказался благоприятно и на смертности от аборта. Так, если в 1946 г. на 10 000 живорожденных было 25 случаев смерти, из них 17,5 с инфекцией, то в 1958 г. смертность стала в 10 раз меньше. В 1950 г. рождаемость ГДР возросла. Это обстоятельство может быть объяснено тем, что закон 1950 г. способствует более ранним бракам, так как новобрачный избавляется от направления на работу, а жена при рождении ребенка попадает под охрану рабочего закона. В результате действия этого закона снизился средний возраст вступления в брак и уменьшился средний возраст женщины при первой беременности, произошло уравнение замужних и незамужних матерей, а государственная забота о последних и их детях привела к тому, что смертность внебрачных детей в ГДР снижается более быстрыми темпами, чем в ФРГ, и превышает смертность детей, рожденных в браке уже не вдвое, как это было ранее, а только на 50%. Исчезла разница между средним весом и ростом детей, рожденных женщинами различных социальных групп, как это имеет место в ФРГ, и исчезли социальные различия в уровнях роста и психического развития у детей первых 6 лет жизни; только в больших семьях (4 детей и более) неквалифицированных рабочих еще отмечается некоторое отставание физического развития детей. В 1956—1959 гг. ежегодно поступало около 2000 заявлений на производство аборта, из них только половина получила положительное решение, что составило около 0,5 на 10 000 населения.

Среди причин аборта немалую роль играют отсутствие у одиноких женщин «спокойствия» и необходимость скрывать незаконное сожительство, получившее особенно большое распространение за последние 50 лет. В 1957 г. уровень рождаемости в городах с различным количеством населения был различным; при этом в городах с меньшим числом жителей он был выше, чем в больших городах:

Число жителей (в тысячах)	До 2	2—5	5—20	20—100	100 и более
Число родившихся на 1000 населения	18,5	16,4	15,7	15,8	12,5

Женская плодовитость за эти годы увеличилась: в 1951 г. она равнялась 75,7 на 1000 женщин плодовитого возраста, а в 1959 г. она достигла 83,1.

В начале 1958 г. в Лейпциге на заседании общества акушеров-гинекологов обсуждались показания к прерыванию беременности. Как и неоднократно ранее, было высказано мнение большинства присутствующих о необходимости правильной постановки самого вопроса, а именно следует ставить вопрос: «должна ли прерваться» беременность, а отнюдь не «может ли прерваться»? Материальная необеспеченность, игравшая немаловажную роль прежде, в тот период уже утратила свое значение. Наличие этой причины должно быть выяснено юридически в каждом случае. Было предложено ограничить разрешение на аборт для первобеременных, помня о возможности последующего вторичного бесплодия. Вместо аборта рекомендовалось обучать женщин применению противозачаточных средств. Операция аборта — не столь безвредное мероприятие, как думают недостаточно компетентные люди. Имеются наблюдения [122], по которым в результате аборта в 41,9% случаев наступало вторичное бесплодие (в 40,2% — заращение труб), а более чем в половине случаев (55,6%) в качестве отдаленных или ближайших осложнений возникли воспалительные заболевания.

Опыт Лейпцигской комиссии по аборту за 1951—1957 гг. показывает, что имеется необходимость более широкого применения противозачаточных средств [116].

Женщины, имевшие аборт в 1951 г., как правило, ограничивали число детей, начиная с третьего ребенка (в среднем 2,7 ребенка на женщину); более чем у 1/4 этих женщин было 4 живых детей и больше. Это положение значительно благоприятнее, чем в 1949—1950 гг., когда женщины начинали ограничивать число детей уже со второго ребенка (в среднем 1,8 ребенка на женщину). По общественному положению 60% женщин, имевших аборт, были в то время домашними хозяйками, большинство из них — жены рабочих. В основном все они были замужем; в возрасте около 30 лет они заканчивали абортом четвертую беременность, уже имея 3 живых детей и более.

В ГДР около половины (44%) самодеятельного населения составляют женщины; они должны совмещать свои обязанности трудящейся гражданки с обязанностя-

ми жены и матери. В этом им помогает государство, проводя широкие специальные и общие мероприятия по заботе о матери и ребенке. В результате основная масса (98%) беременных обращается в женские консультации до VII месяца беременности, а 62,2% — и в более ранние сроки (до IV месяца); в среднем 75% женщин поступают под наблюдение женской консультации между IV и VI месяцем беременности.

Представляют интерес опубликованные в последние годы некоторые сравнительные данные за 1946—1960 гг. о плодовитости и рождаемости в обоих германских государствах [119].

На основании этих данных можно говорить о том, что в 1955—1960 гг. «грубый» показатель рождаемости был в ГДР ниже, чем в ФРГ, тогда как показатель плодовитости был несколько выше. Повозрастная плодовитость в обоих германских государствах различна: в ГДР максимальный уровень плодовитости относится к возрастной группе 20—24 лет, при этом он выше соответствующего показателя ФРГ; в последней максимальный уровень плодовитости отмечается у женщин в возрасте старше 25 лет, когда он выше, чем в ГДР.

Стандартизованный показатель плодовитости за 1959—1960 гг.[1] в ГДР выше, чем в ФРГ (95,08 против 83,96).

В 1963 г. в ГДР была создана ассоциация по замужеству и семье; в Ростоке существует Научно-исследовательский институт по планированию семьи; с 1964 г. в университетах ведется преподавание вопросов планирования семьи.

В стране существует 6 специальных центров в составе двух врачей (гинеколога и психиатра) и юриста, занимающихся вопросами семьи и брака. Консультации по этим вопросам развернуты в 50 медицинских учреждениях [92].

Чехословацкая Социалистическая Республика Перед второй мировой войной в этой стране ежегодно производилось около 300 000 абортов, т. е. примерно столько же, сколько происходило родов. Сотни женщин умирали от нелегального аборта, многие из смертельных

---

[1] Рассчитано нами на основании исходных данных о возрастном составе женщин и числах рожденных ими детей за эти годы в обоих государствах (Demographic Jearbook, 1961; 1962. United Nations).

исходов скрывались под видом других причин смерти. По материалам Pachner, почти у половины (46,8%) опрошенных им женщин после аборта наступило длительное бесплодие [112].

После второй мировой войны число абортов стало уменьшаться, однако и при этом условии ежегодно от криминального аборта умирало более сотни женщин. В 1953—1957 гг. число этих случаев уменьшилось. В 1953 г. в стране была установлена обязательная регистрация абортов в «Birth Institutes». В этом году было учтено 30 566 абортов, из них 5/6 на территории Чехии и лишь 1/6 в Словакии. Из всех учтенных абортов лишь 303 являлись легальными. Некоторые демографы считают, что в 1957 г. на территории республики было произведено около 100 000 абортов. Разрешение аборта по желанию женщины было принято законом 19 декабря 1957 г. после дискуссии, длившейся около 2 лет. Показаниями к разрешению искусственного прерывания беременности являются: а) пожилой возраст женщины; б) многодетность; в) потеря мужа или его инвалидность; г) разрушение семьи; д) материальная необеспеченность; е) тяжелая ситуация для незамужней женщины; ж) если беременность является результатом насилия. Противопоказаниями являются только медицинские причины, в том числе опасность для первобеременной остаться бесплодной. Разрешение на аборт дается специальной комиссией; операция производится, за немногими исключениями, за плату. Одновременно с разрешением аборта начала широко проводиться пропаганда его вреда и агитация за применение противозачаточных средств.

Следует отметить, что после 1951 г. в ЧССР стало меньше рождаться детей в связи с чисто демографическими причинами: уменьшением числа женщин производительного возраста вследствие снижения рождаемости в период мирового экономического кризиса 1929—1933 г. Возраст наибольшей плодовитости после второй мировой войны снизился и переместился с 24 лет на 21 год. По мнению Vojta, это произошло в связи с улучшением материального благосостояния населения и большей занятостью женщин в общественном труде [163].

Дальнейшая урбанизация привела к уменьшению числа детей в семье до двух в Чехии и до трех в Словакии. Как и всюду в индустриальных районах, особенно в за-

падной половине республики, аборт встречается чаще, чем в сельских местностях, особенно на востоке страны.

С 1958 г. значительно усилилась материальная помощь, оказываемая государством матерям, особенно занятым на производстве. Хотя после разрешения аборта не все криминальные аборты были ликвидированы, смертность после аборта снизилась весьма значительно. Можно полагать, что число криминальных абортов составляет около 10 000 за год по данным 1958 г. В качестве причин аборта в 1958 г. были указаны: отсутствие мужа (0,3%), плохое состояние здоровья (20,7%), многодетность (50%). Заявления на разрешение аборта, полученные от одиноких женщин, составляли 12% всех заявлений. Жилищные условия и материальная нужда составляли 6% всех причин, побуждавших к аборту; немалую роль играли возраст женщины и разрыв семейных отношений.

Некоторые женщины берут свои заявления с просьбой разрешить аборт обратно; от 6 до 14% поданных заявлений отклоняется; часть женщин, получающая от комиссии отказ, все-таки прерывает беременность абортом, надо думать нелегальным.

По поводу обычного искусственного аборта женщина госпитализируется на 3 дня; нетрудоспособность в связи с этим длится 7—14 дней; при осложнениях, составляющих 10—12% от числа операций, нетрудоспособность может продолжаться и до 3 месяцев. В связи с последним обстоятельством на основе двухлетнего опыта в 1959 г. была проведена конференция врачей-акушеров специально по вопросу усовершенствования техники производства операции аборта [112].

После закона, разрешающего аборт (1957), резко возросло число зарегистрированных абортов, особенно на территории Чехии.

Число абортов на 100 рождений составляло:

	1957 г.	1958 г.
Чехия	17,8	47,8
Словакия	9,7	22,8

Интересны данные исследования рождаемости в Чехословацкой Социалистической Республике за 1880—1959 гг. [7 и 151], из которых следует что рождаемость в 1870—1874 гг. равнялась 40,8 на 1000 населения, а в 1955—1959 гг. снизилась до 18,5; плодовитость на

1000 женщин в возрасте 15—49 лет снизилась соответственно со 149,7 в 1880—1881 гг. до 71,1 в 1958—1959 гг. За период с 1937 по 1960 г. повозрастная плодовитость изменилась следующим образом: у более молодых женщин (15—19, 20—24 и 25—29 лет) она повысилась (соответственно с 18,9 до 46,0, со 114,0 до 198,7, со 116,7 до 131,7), а в более зрелом возрасте понизилась (в 30—34 года с 78,4 до 63,8, в 35—39 лет с 44,3 до 29,1, в 40—44 года с 16,4 до 8,8 и в 45—49 лет с 1,5 до 0,6).

Процент женщин производительного возраста (15—49 лет) в общей численности населения в 1960 г. снизился (23,4) по сравнению с 1947 г. (27,4).

Материалы обследований, проведенных в 1956 и 1959 гг., показали, что желаемое число детей в семье в Чехии составляет в среднем 2,1, в Словакии — 2,7. При этом в Чехии желаемое число детей меньше в семьях промышленных рабочих и служащих (2,2) и больше в семьях, принадлежащих к группе индивидуальных сельских хозяев (2,6). В Словакии это различие не отмечается (2,7 и 2,8).

Как видно из приведенных выше данных, основное снижение плодовитости наблюдалось у женщин более зрелого возраста; при общем снижении рождаемости в 1959 г. по сравнению с 1950 г. на 31,3% наибольшее снижение (на 41,4%) отмечалось в больших городах (с населением 100 000 и более), наименьшее (на 27,7%) — в сельских местностях.

В городах первые и вторые дети составляли 70—84% всех родившихся (Чехия — 86%, Словакия — 75%); в сельской местности 60,7—65,6% (Чехия —63,4—73%, Словакия —55,3—56,1%). Нетто-коэффициент воспроизводства за 10 лет (с 1950 по 1959 г.) уменьшился в ЧССР с 1,310 до 1,119; при этом в Чехии он стал меньше единицы (0,982).

За время с 1959 по 1961 г. рождаемость в ЧССР почти не изменилась (16,0 и 15,8), а число искусственных абортов увеличилось в расчете на 1000 женщин 15—49 лет с 25 до 29 и в расчете на 100 родившихся с 36 до 43. В 1964 г. рождаемость в Чехословакии достигла 17,2, а затем стала снижаться до 16,4 в 1965 г.[1] и 15,6 в 1966 г.[2]

---

[1] Динамика естественного движения по национальностям Чехословакии. Demografia, 1967, 1, 114—115 (на венг. яз.).

[2] Epidem. vital stat. Rep., 1967, v. 20, 9—10.

Это потребовало большего внимания органов здравоохранения к пропаганде противозачаточных средств. По имеющимся данным, в Праге женщины обращаются за ними по собственной инициативе без ведома мужчин. На основании некоторых наблюдений можно предположить, что около 15% всех женщин принимают предупредительные меры против нежелаемой беременности.

На демографическом симпозиуме в мае 1961 г. в Смоленицах было решено провести совместное чехословацко-польское исследование на тему «Замужняя женщина в семье и на работе».

В Чехословакии Государственная комиссия по вопросам народонаселения с 1 по 14 ноября 1961 г. провела специальное обследование 7955 женщин из домохозяйств, которые составляют семейные бюджеты для ЦСУ; 60,9% этих женщин были заняты в общественном производстве, а 39,1% являлись домохозяйками. Среди работающих женщин было 40,6% служащих, 31,5% рабочих, 25,7% членов единых сельскохозяйственных кооперативов и 2,2% прочих общественных групп. По данным этого обследования, среднее число детей в семьях, где женщина занята общественным трудом, меньше (1,96), чем у домохозяек (2,24). Среди женщин, занятых в общественном производстве, на 10% меньше имеющих начальное образование за счет большей доли имеющих низшее профессиональное (18,2% против 13,8%), а также среднее и высшее профессиональное образование (12,8% против 7%). Работающая женщина, стоя перед дилеммой, что выбрать: большее число детей или быть занятой в общественном производстве, часто выбирает последнее. Молодые супружеские пары не желают приносить в жертву свой комфорт и потому ограничивают семью одним или двумя детьми [160].

В 1962 г. при очередном опросе женщин 80% из них высказались за воспитание ребенка матерью дома до конца первого года его жизни.

В декабре 1962 г. XII съезд Коммунистической партии Чехословакии решил обеспечить право работающей женщине находиться дома в течение первого года жизни ребенка при оплате ей первого полугодия этого отпуска [57].

По единодушному мнению, господствующему в стране, наиболее существенными мероприятиями по снижению абортов являются отнюдь не их запрет, а такие ме-

ры, как воспитание молодежи, бесплатная медицинская помощь матери и детям до 15 лет; увеличение числа мест в яслях и детских садах и повышение материальной помощи школьникам; увеличение денежного пособия, выдаваемого семье на 3 детей; ускорение жилищного строительства; увеличение числа рабочих мест для женщин и улучшение системы оплаты их труда.

Социалистическая Федеративная Республика Югославия. Это первое из государств Европы, где после второй мировой войны был разрешен аборт по медицинским показаниям при условии опасности продолжения беременности для жизни женщины. Разрешение давалось после консультации трех врачей, один из которых должен был быть государственным служащим; разрешение врачей протоколировалось; со временем составление протокола превратилось в пустую формальность.

Уже в первые годы существования республики (1945) были введены, кроме медицинских, также и социальные показания к производству аборта, но такое положение сохранялось короткий срок.

В настоящее время в СФРЮ с 1954 г. аборт по медицинским показаниям разрешается в случаях: 1) когда иным путем не может быть спасена жизнь беременной или предотвращено тяжелое расстройство ее здоровья; 2) если на основании данных медицинской науки можно ожидать, что новорожденный будет страдать тяжелыми физическими или психическими наследственными заболеваниями; 3) если беременность явилась результатом уголовно наказуемого действия — изнасилования, полового сношения со слабоумной или несовершеннолетней; полового сношения, достигнутого при злоупотреблении своим положением, обольщении или кровосмешении. В виде исключения аборт разрешается в случаях, когда в результате рождения ребенка будет причинен вред здоровью женщины, а также вследствие особенно тяжелых материальных, личных или семейных условий. Аборт может быть произведен только с согласия женщины в срок беременности не более 3 месяцев. Ходатайство о разрешении аборта подается беременной женщиной в специальную комиссию, состоящую из врача-гинеколога и двух врачей других специальностей, при общей больнице или гинекологической клинике. Решение комиссии должно быть мотивировано и оформлено в письменном виде. По экстренным поводам аборт может произвести любой врач

без разрешения комиссии и даже вне больницы; в этом случае врач обязан сообщить об аборте в срок не позже 3 дней в соответствующую комиссию. Дела комиссии секретны и женщина может не бояться огласки. При получении разрешения на аборт женщина должна быть осведомлена о возможных опасностях этого оперативного вмешательства, и врач обязан дать ей консультацию по применению в дальнейшем противозачаточных средств. С 1951 г. по закону женщина не подлежит наказанию за аборт и потому обращается в медицинское учреждение без опаски для себя, а по закону 1960 г. врач, действующий вопреки установленным положениям, наказывается денежным штрафом.

В 1950 г. благодаря деятельности женских организаций в стране стали применяться противозачаточные средства. Первое время они с трудом прокладывали себе дорогу и были известны лишь ограниченному кругу лиц.

Динамика абортов и родов за 50-е годы в Югославии показывает большой рост числа абортов и снижение числа рождений (табл. 15).

Таблица 15

Число родов и абортов

Год	Роды	Обращения за разрешением аборта	Всего произведено абортов	В том числе немедицинских
1952	33 307	Не было (запрет)	186	77
1955	30 957	5 541	583	181
1959	27 860	11 606	7 862	6 574

В стране не хватает средств для госпитализации всех рожениц и всех женщин с абортами. В 1956 г. роды, проведенные в лечебных учреждениях, составляли всего 32%, а включая и медицинскую помощь на дому 46%; в некоторых местностях охват родовспоможением составлял всего 14%, а в других достигал 70—100%.

С 1939 по 1952 г. число занятых на производстве женщин возросло в Югославии в $3^1/_2$ раза. Известно, что культурная женщина, втягивающаяся в производство, хочет регулировать размеры своей семьи. В стране широко ведется работа по ознакомлению женщин с контра-

цептивами, этому обучают всех медицинских работников. При университетской гинекологической клинике существует лаборатория по контрацептивам, в стране этим вопросом занимается 266 медицинских учреждений [112]. Однако, даже будучи осведомленными о применении контрацептивов, женщины часто предпочитают аборт как более верное средство. Поэтому, чтобы уменьшить число криминальных абортов, в Югославии с 1960 г. разрешено искусственное прерывание беременности по социальным показаниям.

Среди абортировавших 78% замужних, 16% одиночек и 6% вдов или разведенных [92]. По возрасту наиболее многочисленны группы 20—24 и 25—29 лет. Бездетных среди абортировавших 11%, женщин с 1—2 детьми 55%, с 3—4 детьми 27%, с 5 детьми и более 7%. Отношение абортов к родам 2,4:1,2 у занятых общественным трудом женщин и 2,8:2,7 у домашних хозяек.

В 1964 г. в Югославии был организован Комитет по координации работы по планированию семьи. В его состав вошли представители от Федерации женской ассоциации, от ассоциации друзей молодежи, Красного Креста, Министерства здравоохранения, системы социального обеспечения и медицинской ассоциации.

Вопросы планирования семьи преподаются в общеобразовательных школах. Созданы «Школы жизни» и «Школы для родителей». В 1963 г. в Словакии было 255 таких школ с 10 000 слушателей.

За советом о контрацептивах можно обратиться к врачам, фельдшерам и общественным работникам — членам комитета по аборту, перед тем как получить разрешение на аборт. Контрацептивы, в большинстве своем отечественного производства, широко продаются в Югославии. По данным Andolsek, 19,4% женщин совсем не применяют контрацептивов, 30% считают легальный аборт единственно приемлемым для них способом избавления от нежелаемой беременности [92].

Вопрос о свободе аборта дискутируется в течение ряда лет. Женские организации стоят не за широкую легализацию, а лишь за более либеральный подход к аборту, так как долгом общества является помощь женщине в случае, когда она забеременела помимо своей воли. С целью борьбы с абортом каждая женщина, перенесшая аборт, обязана посещать женскую консультацию для предохранения от зачатия в течение 6 недель.

На основании существующего закона об охране матери и ребенка работающая женщина с V месяца беременности не должна работать в ночные смены; она получает 105 дней оплаченного отпуска, а затем в течение 6 месяцев имеет укороченный рабочий день при полной оплате и некоторые другие привилегии. Эти меры приносят больше пользы в борьбе против аборта, чем самый строгий закон о его запрете.

Народная Республика Польша. Искусственный аборт в Польше разрешен с апреля 1956 г. По имеющимся статистическим данным, на 1000 женщин производительного возраста (15—49 лет) частота легального аборта составляла:

1956 г.	1957 г.	1958 г.	1959 г.	1960 г.	1961 г.	1962 г.	1963 г.	1964 г.
3	5	6	11	21	20	20	21	20

При расчете на 100 живорожденных это составило в 1964 г. 32 аборта [9].

В 1961 г. было проведено совместное с Чехословакией исследование «Замужняя женщина в семье и на работе». Эту работу в Польше осуществляло Главное статистическое управление. Было собрано 5708 анкет, из них 3209 в городах и 2499 в сельской местности. Исследование дало интересные результаты. В плане нашей темы важно знать, что из работающих женщин не имело совсем детей 6,7% опрошенных, 1 ребенок был у 23,7%, 2 детей и более — у 69,6%. При этом в городах преобладали семьи с 1—2 детьми, на селе — имеющие 3 детей и более. Семьи с 4 и более детьми в городе составляли 8,7%, на селе — 28,5%. Работающие женщины жаловались на тяжелые условия жизни в связи с тем, что много времени уходит у них на домашнюю работу (более 6 часов в день). Таких женщин в городе было 44%, на селе — 71% [20а].

Центральный орган по созданию «добровольной семьи» находится в Варшаве, он имеет свои разветвления в отдельных населенных пунктах. В этих низовых учреждениях, которых насчитывается около 3000, работают гинеколог, психолог, педагог и социолог.

Система социального страхования оплачивает около 70% стоимости контрацептивов [133].

Мужчин регулированию рождаемости обучают в армии. Около 60% женщин знает о методах контроля рож-

даемости. Сопротивление со стороны католической части населения постепенно ослабляется.

Румынская Народная Республика Искусственный аборт в этой стране был легализован в сентябре 1956 г., после чего, естественно, численность зарегистрированных абортов стала увеличиваться. В 1958 г. их насчитывалось 112 000, в 1959 г.— 229 000, а в 1962 г.— более 400 000.

В 1961 г. соотношение родов и абортов при этом составило 1 : 7,4 против 1 : 3,2 в 1958 г. В Бухаресте это соотношение было еще более неблагоприятным: в 1958 г. 1 : 3,5, а в 1961 г. уже 1 : 13. Среди всех причин легального аборта медицинские показания составляли 1%. В Румынии характерной для этого периода являлась семья с одним ребенком. Фактически в Бухаресте на основании анкеты, собранной Zarnescu, в среднем приходится 1,3 ребенка на семью, а для образованных женщин это число снижалось до 0,7. Большинство женщин (96%), по данным этого автора, игнорировали применение контрацептивов и поэтому прибегали к искусственному аборту; даже среди образованных женщин лишь $^1/_3$ пользовалась противозачаточными средствами [133].

Такое положение вызвало беспокойство в стране. Во второй половине 1966 г. Государственный совет принял декрет о запрещении искусственных абортов в целях повышения рождаемости и усиления заботы о матери и ребенке. При этом были установлены и такие меры поощрения рождаемости, как снижение на 30% подоходного налога с заработной платы семьям, имеющим 3 детей и более; при рождении третьего и каждого последующего ребенка государство выплачивает по 1000 лей единовременного пособия; женщины, имеющие детей в возрасте до 7 лет, имеют право работать неполный рабочий день («Правда» от 9 октября 1966 г.).

Однако, приветствуя поощрительные мероприятия, вряд ли можно согласиться с запрещением абортов, так как опыт многих стран, в частности СССР, показал, что подобного рода мера никогда и нигде не приводила к сколько-нибудь существенному и длительному повышению рождаемости. Она лишь заставляла женщину прерывать нежелаемую беременность подпольным абортом, опасность которого для здоровья и жизни женщины значительно больше, чем аборта, произведенного в лечебном учреждении.

РАЗДЕЛ ВТОРОЙ

АБОРТ В СССР ПОСЛЕ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ. НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АБОРТА

В годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., которая привела к значительному уменьшению численности мужчин производительного возраста, оставшихся в тылу, и к временным разрывам семейных связей, аборт утратил прежнее значение. Однако на территориях, временно оккупированных немецко-фашистскими войсками, после освобождения возникала необходимость аборта в случаях беременности, наступившей в результате насилия. После окончания Великой Отечественной войны и демобилизации Советской Армии, начиная с 1946 г., число зарегистрированных абортов стало увеличиваться.

На территории РСФСР в 1948 г. число абортов увеличилось более чем в $1^1/_2$ раза (153,4%), оставив далеко позади по своей численности количество абортов, зарегистрированных в 1939 г. Темп роста количества абортов в сельской местности был выше, чем в городах, хотя абсолютное их количество было меньшим.

Особенно тревожным представлялось увеличение числа абортов, начатых и начавшихся вне лечебного учреждения, вследствие того что и в городах, и в сельских местностях неполные аборты составляли около 90% всех абортов. В последующие годы соотношение это оставалось без изменений.

Запрещение аборта в 1936 г. вынудило многих женщин прибегать к нелегальному аборту в случаях нежелательной беременности, рискуя при этом своим здоровьем, а иногда и жизнью. Принимая во внимание эти обстоятельства, в ноябре 1955 г., т. е. после почти 20-летнего запрещения, оно было отменено, и аборт по социальным показаниям разрешен.

Таким образом, советская женщина снова получила свободу в решении вопроса о материнстве.

В связи с разрешением операции искусственного прерывания беременности Министерством здравоохранения СССР была введена квартальная государственная отчетность об абортах, на основании которой с 1956 г. получаются сведения о численности всех абортов, в том числе начатых и начавшихся вне лечебного учреждения, по административным территориям, в разрезе союзных республик, областей (краев), автономных республик и выделенных городов, раздельно по городским и сельским местностям, и о смертях после абортов, в том числе начатых и начавшихся вне лечебного учреждения.

На основании этой отчетности установлено, что после 1955 г. число абортов в стране за счет выявления абортов, ранее бывших нелегальными, резко возросло и продолжало постепенно увеличиваться до 1965 г. включительно; рождаемость за это время постепенно снижалась и снижается в настоящее время независимо от темпа роста абортов. Наибольший темп роста числа абортов в СССР (табл. 16) наблюдался в 1956 г. (181,8%), наименьший — в 1966 г. (97,5%).

Таблица 16

Динамика абортов в СССР

Год	(Число абортов каждого последующего года отнесено к числу абортов предыдущего года, принятого за 100)	Год	(Число абортов каждого последующего года отнесено к числу абортов предыдущего года, принятого за 100)
1954	100,0	1961	105,5
1955	130,9	1962	104,7
1956	181,8	1963	103,2
1957	113,0	1964	104,8
1958	114,8	1965	101,7
1959	104,4	1966	97,5
1960	110,0		

Во всех союзных республиках количество абортов в городах превышает их число в сельских местностях. Это объясняется не только тем, что среди сельских жительниц аборт распространен меньше, чем среди город-

ских, но также и порядком оказания медицинской помощи. Женщины, постоянно проживающие в сельской местности, имеют право, и обычно пользуются этим правом, получать разрешение на аборт и производить его в городских лечебных учреждениях. В связи с этим сделанные им аборты включаются в отчеты по городам.

Динамика числа внебольничных абортов имеет существенные отличия от динамики всех абортов.

В 1955 г. по сравнению с 1954 г. отмечался рост внебольничных абортов во всей стране (126,2%). На следующий же год после Указа о разрешении аборта, несмотря на значительное увеличение общего числа абортов, по СССР в целом и в большинстве республик отмечалось резкое снижение количества внебольничных абортов, достигавшее в Эстонии и УССР более чем $^1/_3$ (34,9%).

В городах снижение количества внебольничных абортов в 1966 г. по сравнению с 1955 г., принятым за 100, было выражено несколько меньше (на 28,8%), чем в сельских местностях (на 52,7%). Это снижение было наибольшим (на 44,0%) в городах Эстонии.

Что касается сельских местностей, то самое большое снижение числа внебольничных абортов отмечалось в Литве (на 95,1%), Латвии (на 83,2%), УССР (на 77,0%) и Эстонии (на 76,3%).

Доля внебольничных абортов в общем их числе, резко снизившись в 1956 г. (в первый год после Указа о разрешении аборта), составляла в 1966 г. по стране в целом около $^1/_6$ общего их количества (15,8%) (табл. 17).

Таблица 17

Доля внебольничных абортов в СССР (на 100 всех абортов)

Год	Внебольничные аборты	Год	Внебольничные аборты
1954	79,9	1961	19,1
1955	76,9	1962	17,5
1956	29,8	1963	16,9
1957	25,1	1964	16,5
1958	21,0	1965	15,9
1959	20,3	1966	15,8
1960	19,8		

За прошедший после 1938—1939 гг. период советский народ пережил самую кровопролитную в истории человечества Великую Отечественную войну 1941—1945 гг., оставившую след в возрастно-половой структуре населения страны на много лет вперед.

Если в 1954 г. в СССР среди всех женщин численность женщин рабочего возраста составляла 58,0%, то в 1959 г. процент этой группы снизился до 56,5, а в 1964 г. дошел до 52,1.

Снизилась также и численность женщин плодовитого возраста (табл. 18).

Таблица 18

Трудовая структура населения СССР (в процентах)[1]

Возраст	Мужчины			Женщины		
	1954 г.	1959 г.	1964 г.	1954 г.	1959 г.	1964 г.
Дорабочий	35,6	34,4	36,7	27,7	21,7	29,7
Рабочий	57,9	58,5	55,8	58,0	56,5	52,1
Послерабочий	6,5	7,1	7,5	14,3	16,4	18,2
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

[1] Структура народного хозяйства в СССР. Изд-во «Наука», 1967, стр. 159.

Динамика повозрастной женской плодовитости (число родившихся на 1000 женщин 15—49 лет) с 1938/39 по 1965/66 г. (табл. 19) показывает ее значительное снижение, в особенности в наиболее зрелых возрастных группах.

Повозрастные показатели рождаемости в СССР (города и сельские местности) приведены в табл. 19.

Частота абортов, зарегистрированных в сельских местностях СССР, значительно меньше, чем в городах. В 1966 г. она несколько повысилась по сравнению с 1959 г. За 10 лет, прошедших со времени разрешения абортов в СССР, количество их увеличивалось. При этом в 1961 г. темп роста несколько замедлился и продолжал замедляться вплоть до 1965 г., а в 1966 г. отмечалось уже уменьшение числа абортов (—2,5% по стране в целом).

Таблица 19

Числа родившихся на 1000 женщин соответствующей возрастной группы[1]

Возрастная группа в годах	1938—1939 гг.	1958—1959 гг.	1963—1964 гг.	1965—1966 гг.
15—49	139,5	88,7	78,4	70,8
В том числе:				
15—19	32,8	29,2	22,7	25,5
20—24	214,4	162,2	162,6	159,6
25—29	230,6	164,8	145,6	136,0
30—34	183,5	110,1	97,6	97,0
35—39	131,7	66,6	52,0	50,6
40—44	68,1	24,1	21,4	19,1
45—49	19,0	5,0	3,9	4,4

[1] Естественное движение населения в СССР. Вестник статистики, 1967, 11, 91.

Материалы государственной статистики аборта показывают, что основным методом предохранения от нежелательной беременности в СССР все еще остается искусственное ее прерывание, т. е. аборт.

ВЛИЯНИЕ АБОРТА НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Опыт многих лет свободы аборта в нашей стране показал, что искусственное прерывание беременности путем выскабливания матки, т. е. одномоментного удаления плодного яйца (аборт), даже выполненное в ранние сроки беременности опытным специалистом в условиях хорошего медицинского стационарного учреждения, не говоря уже о внебольничных абортах, по единодушному мнению акушеров-гинекологов, весьма редко ведет к летальному исходу. Однако оно является серьезной биологической и механической травмой для организма женщины, особенно первобеременной, в результате чего возникает немало ближайших и отдаленных осложнений местного и общего характера. Поэтому понятно большое внимание со стороны акушеров-гинекологов к вопросу о вреде аборта для здоровья женщин.

Так, в сообщении на XXXI итоговой научной конференции Казахского медицинского института [30] были приведены результаты наблюдения над 501 женщиной,

у которой оказалось 9,8% ближайших осложнений после аборта (прободение матки, повышение температуры, задержка частей плодного яйца, острые воспалительные заболевния половой сферы), и 107 женщинами, у которых наблюдалось 26,8% отдаленных осложнений (нарушение овариально-менструального цикла, обострение хронических заболеваний женских половых органов).

По материалам стационаров Москвы [41], у 857 женщин с беременностью до 3 месяцев отмечались следующие ближайшие осложнения аборта: эндометриты, воспаления придатков и подъем температуры выше 38° при неустановленном диагнозе (4,4%), реабразии (2,0%), сильные кровотечения при операции (0,8%), перфорации матки (0,2%).

При обследовании 205 женщин были обнаружены отдаленные осложнения: стойкие изменения менструального цикла (6,5%), впервые после аборта возникшие воспалительные заболевания половых органов (всего в 12% всех случаев аборта), в том числе: эрозии и эндоцервициты (2,7%), метриты (0,9%), периметриты (5,7%), воспаления придатков (1,4%), периметриты и воспаления придатков (0,8%), параметриты (0,6%). При этом аборты, произведенные в более поздние сроки беременности (12 недель), приводят к более частым (6,1%) осложнениям, чем аборты, сделанные в ранние сроки (3,8%).

По материалам Витебского медицинского института [36], доложенным в 1961 г. на его XIX итоговой сессии (1132 женщины), воспалительные заболевания наблюдались в 12% всех случаев аборта, субинволюция матки — в 7%. При этом сопутствующие гинекологические заболевания (5,5%), т. е. имевшие место до аборта, и ранняя выписка из стационара, как правило, способствовали возникновению осложнений. У женщин, имевших аборт 5 лет назад (217), наблюдались нарушения овариально-менструального цикла (12,0%), хронические воспалительные заболевания (11,0%), бесплодие (9,9%), снижение полового чувства (4,1%).

По утверждению О. В. Осадчей, аборт является причиной 7% самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов при последующих беременностях: аборт способствует предлежанию и приращению плаценты, аномалиям изгоняющих сил и атонии матки.

По данным Рижского медицинского института [65], в результате изучения 2150 историй болезни после абор-

та и обследования 880 женщин на наличие у них отдаленных осложнений после операции выскабливания (от 6 месяцев до 3 лет) оказалось, что непосредственных осложнений было всего 3,5%, в том числе субинволюция матки (1,5%), задержка остатков плодного яйца и обострение хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы (0,7%).

Из 880 женщин 423 аборт был произведен в сроки от 6 месяцев до 2 лет назад, 251 — от 2 до 3 лет и 206 — более 3 лет назад. Среди них отдаленные осложнения имелись у 13,1% женщин; в числе осложнений примерно ¼ (3,1%) составляли нарушения овариально-менструального цикла.

По наблюдениям врачей Первой клинической больницы Ярославля, в 1962 г. [21] аборт занимал первое место среди причин вторичного бесплодия.

По материалам родильного дома Читы [24], в 1957 г. было госпитализировано в связи с послеабортными осложнениями 1,8% всех женщин, подвергшихся аборту, а в 1958 г. число их стало еще более внушительным (3,2%). Из женщин, лечившихся по поводу осложнений после аборта, более чем половина (55%) заболела уже на 3—4-й день или в течение первой недели после операции, а примерно третья часть (29%) — в течение первого месяца.

По данным Каунасской клинической больницы, доложенным на научной конференции преподавателей [29], в 1956—1957 гг. было проверено 667 случаев аборта, из них 542 на отдаленные результаты. При этом оказалось, что в первый месяц после аборта осложнения возникли в 11,6%; отдаленные последствия отмечались в 14,2% случаев, в том числе в 7,9% были осложнения невоспалительного характера.

По данным родильного дома в Минске (Т. К. Орлов, 1963), на основании анализа 326 историй болезни установлено, что 36,9% дисфункциональных маточных кровотечений возникают в результате искусственного аборта.

По мнению ряда авторов [19, 31, 40, 46, 59], аборт представляет собой биологическую травму, в результате которой могут нарушаться эндокринные и нервнорегуляторные функции организма женщины.

Мы уже упоминали о том, что смертельные исходы полных искусственных абортов весьма редки. Однако,

несмотря на это, представляет интерес познакомиться и с этим последствием аборта.

Материалы ЦСУ СССР о причинах смерти населения в Советском Союзе в 1939 г. (время запрета аборта законом) содержали три рубрики, касающиеся смертей, связанных с абортом: аборт искусственный, произведенный по медицинским показаниям, и его последствия; аборт, начатый вне лечебного учреждения; аборт неустановленного характера, назовем его «неполный аборт», не делая попытки выделить из последней рубрики естественный выкидыш, ибо достаточного научного или практического критерия для такого выделения не существует.

В аналогичных материалах ЦСУ СССР за 1959 г. (время после разрешения аборта законом) имеются только две рубрики: 1) аборт, произведенный в лечебном учреждении, назовем его «полный аборт», и 2) аборт, начатый или начавшийся вне лечебного учреждения и неустановленного характера, назовем его «неполный аборт», также не делая попытки выделить из последней рубрики естественный выкидыш.

В материнскую смертность, кроме этих двух рубрик, входят следующие рубрики: внематочная беременность, послеродовая инфекция и прочие болезни беременности и проявления патологии родов и послеродового периода.

Период запрета аборта, естественно, приводил к значительному количеству нелегальных абортов, которые совершались подчас не врачами в негигиенической обстановке и потому нередко заканчивались осложнениями и даже смертью женщин.

Так, в 1938—1939 гг. (запрет был установлен в середине 1936 г.) смертность от неполных абортов в городах Советского Союза достигла 12,7 на каждые 100 000 женщин в возрасте 15—49 лет.

После разрешения аборта законом (конец 1955 г.) смертность от неполного аборта, который и в данное время все еще составляет около $^1/_6$ всех абортов по стране, снизилась в городах почти в 6 раз и равнялась в 1965—1966 гг. 2,4 на каждые 100 000 женщин в возрасте 15—49 лет (табл. 20).

В материалах отчетности Министерства здравоохранения СССР материнская смертность несколько выше цифр, приведенных в табл. 20. Это расхождение, по-видимому, зависит от того, что в материалах ЦСУ СССР

Таблица 20

Смертность от неполного аборта в городах СССР (по данным ЦСУ СССР)

Годы	Число женщин, умерших в возрасте 15—49 лет от внебольничных абортов (на 100 000 женщин этого возраста)
1938—1939	12,7
1958—1959	3,9
1965—1966	2,4

о причинах смерти зарегистрированы действительно случаи смерти жительниц городов, тогда как в отчетных данных городских медицинских учреждений значатся все женщины, умершие после неполного аборта в стенах этих учреждений независимо от постоянного местожительства. Таким образом, какая-то часть жительниц сельских местностей, умерших от аборта в городских больницах, зарегистрирована в отчетах этих больниц.

Именно этим обстоятельством, надо думать, объясняется более высокая летальность при аборте (в тяжелых случаях женщины не попадают в город) в сельских медицинских учреждениях (табл. 21).

Таблица 21

Летальность при неполном аборте в городах и сельских местностях СССР (на 10 000 неполных абортов)

Города			Сельские местности		
1955 г.	1966 г.	1966 г. в % к 1955 г.	1955 г.	1966 г.	1966 г. в % к 1955 г.
19,4	7,5	38,6	27,8	11,1	39,9

Исходом полного аборта смерть является в чрезвычайно редких случаях.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА АБОРТОВ

В борьбе за снижение количества абортов решающую роль играют противозачаточные средства.

В дореволюционной России пользование противозачаточными средствами не имело большого распространения и считалось безнравственным. Лишь при Советской власти, в начале 20-х годов, в стране стали

официально выпускать и пропагандировать противозачаточные средства, в связи с чем при Институте охраны материнства и младенчества были созданы специальная комиссия по этому вопросу и научно-производственная лаборатория.

Для широкой информации населения о противозачаточных средствах выпускались специальные брошюры, плакаты и т. д.

Ко времени запрещения аборта в 1936 г. в стране производилось много противозачаточных средств, соотвествующих уровню медицинской науки того времени.

К сожалению, после запрещения абортов этот раздел работы был исключен из числа обязанностей врачей женских консультаций, Центральная комиссия по борьбе с абортами была ликвидирована, прекратилось печатание статей и популярных изданий по этому вопросу. Новое поколение врачей женских консультаций оказалось совершенно незнакомым с работой по воспитанию у женщин правильного отношения к аборту как далеко не безвредной операции. Врачи не обучали женщин применению противозачаточных средств, которых к тому же имелось недостаточно, да и качество их оставляло желать много лучшего.

После разрешения операции искусственного аборта в 1955 г. всю работу по разъяснению вреда аборта и необходимости применения противозачаточных средств пришлось начинать сначала.

На Всесоюзном совещании актива медицинских работников (23 октября 1956 г.) в докладе министра здравоохранения СССР [26] «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания населения» была подчеркнута необходимость разъяснения населению вредности аборта для здоровья женщины, пропаганды противозачаточных средств, а также изучения причин, побуждающих иногда женщину и в условиях полной свободы аборта производить его вне лечебного учреждения.

На XI сессии общего собрания АМН СССР 15—20 апреля 1957 г. руководством здравоохранения был предъявлен серьезный счет советским ученым, которые на протяжении последних 20 лет почти ничего не сделали в области изыскания наиболее щадящих методов предупреждения беременности.

В течение времени, прошедшего после разрешения аборта, руководство здравоохранением неоднократно за-

нималось вопросами о противозачаточных средствах и борьбе с абортами.

В 1958 г. в Грузии (Тбилиси) был открыт Научно-исследовательский институт физиологии и патологии женщины. В числе поставленных перед ним задач одно из первых мест занимала борьба с абортами и разрешение проблемы бесплодия. В октябре — ноябре 1962 г. в институте была проведена выездная сессия АМН СССР, посвященная этим вопросам. При АМН СССР была создана специальная лаборатория по изысканию и апробации новых противозачаточных средств.

В 1959 г. состоялось специальное расширенное заседание Института акушерства и гинекологии АМН СССР, посвященное противозачаточным средствам и бесплодию.

В 1960 г. в резолюции I съезда акушеров-гинекологов РСФСР было указано на необходимость «проводить анализ положения с абортами, изучать причины их роста, обращать особое внимание на внебольничные и самопроизвольные аборты, разработав при этом план конкретных мероприятий по снижению абортов, широкому применению противозачаточных средств и улучшению санитарно-просветительной работы среди населения о вреде аборта» [52].

Институт акушерста и гинекологии Министерства здравоохранения СССР поставил в связи с этим в 1960—1964 гг. специальную научно-исследовательскую работу в одной из женских консультаций Москвы. Эта консультация была обеспечена большим ассортиментом механических и химических противозачаточных средств, причем имела возможность не только популяризировать и продавать их, но иногда и выдавать женщинам бесплатно.

Однако в массе своей женские консультации недостаточно занимаются профилактикой аборта.

Уделяет внимание этим вопросам и советская периодическая печать.

Так, газета «Медицинский работник» (орган Министерства здравоохранения СССР и ЦК профсоюза медицинских работников) неоднократно обращалась к вопросу об аборте, посвящая ему передовые статьи (24 сентября и 13 декабря 1957 г., 29 июля 1958 г.), освещая опыт работы первого на Украине (в Киеве) специального кабинета по применению противозачаточных средств [50], помещая специальную подборку об опыте работы

одной из женских консультаций Москвы, которой удалось уменьшить число женщин, направляемых на аборт. В связи с составлением семилетнего плана развития здравоохранения в 1959 г. в газете «Медицинский работник» был поднят вопрос и о контрацептивах [37].

В статье «Здоровье женщины», помещенной в этой же газете в 1960 г. в связи со Всесоюзным съездом педиатров [16], говорилось: «Снижения количества абортов можно добиться хорошо организованной разъяснительной работой среди женщин, популяризацией противозачаточных средств».

В 1962 г. [34] были повторно поставлены вопросы о борьбе с абортами и необходимости применения контрацептивов, а также внесено предложение оценивать качество работы женской консультации на основании показателей динамики искусственных абортов и наличия внебольничных абортов в районе деятельности консультации.

На XI Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в 1963 г. автор доклада «Организация гинекологической помощи в СССР и пути ее улучшения» уделил серьезное внимание проблеме аборта и противозачаточных средств.

Даже в газете «Известия» (1 сентября 1962 г.) в заметке «Врачебная тайна» был поставлен вопрос о трагедии криминального аборта, предъявлен счет прокуратуре и Министерству здравоохранения СССР, которые не занялись своевременно изучением причин, вызывающих это явление.

К сожалению, научные медицинские журналы только в редких случаях занимаются вопросом аборта с социально-гигиенических, а не с чисто клинических позиций; материалы совещаний по этой проблеме в них не публикуются. В частности, журнал «Акушерство и гинекология» почти совсем обходит проблему аборта.

Все же в журнале «Здравоохранение Белоруссии» [15] показан опыт работы одной из женских консультаций Витебска, где в результате целенаправленного санитарного просвещения удалось увеличить количество родов в районе обслуживания.

Критика работы женских консультаций и все еще недостаточной их деятельности в области пропаганды противозачаточных средств как меры предупреждения аборта была дана в журнале «Вопросы охраны материнства и младенчества» (1960), «Казанский медицинский жур-

нал» также выступил за усиление санитарно-просветительной работы и организацию фотовыставок о вреде аборта (1961, № 3).

Журнал «Советское здравоохранение» опубликовал статьи об опыте борьбы с абортами, о социально-гигиенических аспектах изучения аборта [44 и 61].

Большую работу по санитарному просвещению населения, в частности и по вопросу о вреде аборта для здоровья женщины, проводит научно-популярный журнал «Здоровье». Он опубликовал немало интересных и полезных статей, освещающих вред аборта и описывающих радости материнства. Уделяют внимание борьбе с абортами также медицинские журналы «Фельдшер и акушерка» и «Медицинская сестра».

За последнее время были созданы и выпущены в прокат специальные научно-популярные фильмы: Ленинградской студией — «Зачем я это сделала» в двух частях (1956), «Аборт» (1957), снова «Аборт» (1959), «Вернись, Аня» — в Кишиневе (1966), «Этюды о браке» — в Риге (1967).

В 1960—1968 гг. издательство «Медицина» выпустило в серии научно-популярной литературы специальные брошюры (10 наименований) о вреде аборта.

Работа по снижению абортов проводилась в ряде областей и городов страны путем пропаганды и безотказного распространения противозачаточных средств. При подведении итогов выяснилось, что в одной области число всех абортов уменьшилось на 1,9%, а внебольничных — на 2,7%. В одном из городов, где пропаганда контрацептивов велась не только среди женщин, но и среди мужчин, количество абортов уменьшилось, несмотря на увеличение численности населения. Однако в двух других областях, несмотря на то что здесь применялись дополнительные организационные мероприятия, такие, как создание консультаций по вопросам гигиены брака при бюро загсов, взятие на учет всех женщин, часто производивших аборты, открытие на предприятиях народных университетов для молодоженов, число абортов не только не уменьшилось, а даже увеличилось при весьма незначительном снижении количества внебольничных абортов.

С 1962 г. была отменена плата за операцию аборта для женщин-работниц и служащих и изменился ранее существовавший порядок оплаты листков нетрудоспособ-

ности. При абортах по медицинским показаниям и при самопроизвольных абортах оплата временой нетрудоспособности производится с первого ее дня независимо от заработка женщин. При абортах, произведенных по желанию женщины, оплачиваются дни нетрудоспособности лишь получающим заработную плату до 60 рублей включительно; в остальных случаях нетрудоспособность в связи с абортом подлежит оплате из средств социального страхования лишь с 11-го дня, т. е. при осложнениях.

Изучение противозачаточных средств проводится во многих странах, где существуют специальные институты, занимающиеся созданием этих средств. Однако даже во Франции, где давно пользуются контрацептивами, нет исчерпывающих материалов об их эффективности, хотя мужские презервативы там применяются более 100 лет (с 1840 г.) и ежегодно продаются в количестве около 20 млн.

Разумеется, чтобы выбрать то или иное противозачаточное средство, надо знать его эффективность. Определить же степень эффективности отдельных контрацептивов можно только путем правильного методического, в том числе и статистического, изучения этого вопроса.

Статистическая методика изучения эффективности противозачаточных средств была изложена в 1959 г. на состоявшейся в Нью-Дели VI Международной конференции по планированию семьи, в докладе Tietze «Клиническая эффективность противозачаточных средств» [107]. Автор предложил использовать методику расчета Пирла, опубликованную еще в 30-х годах. Этот метод основан на исчислении частоты наступления беременности в течение 100 человеко-лет экспозиции у двух групп женщин (никогда не предохранявшихся и предохранявшихся всегда или в течение определенного времени) и дальнейшем сопоставлении их производительной функции.

Формула Пирла для расчета частоты наступления беременности выглядит следующим образом:

$$\frac{\text{Общее количество зачатий} \times 12 \times 100}{\text{Общее количество месяцев экспозиции}}.$$

Под месяцами экспозиции понимается время, когда женщина жила половой жизнью и могла забеременеть. Следовательно, из всех месяцев брачной жизни необходимо вычесть месяцы, в которые зачатие практически не было возможным по тем или иным причинам (минимум 10 месяцев при срочных родах, соответствующее

число месяцев при аборте, месяцев раздельной жизни супругов и пр.).

Stix и Notestein применили этот метод исчисления эффективности противозачаточных средств, разделив женщин на две группы по характеру экспозиции: период применения противозачаточных средств и период, в котором они не применялись. Частота наступления беременности подсчитывалась у каждой из двух групп женщин в отдельности. Для группы женщин, не применявших контрацептивы после первой беременности, частота последующих беременностей составила в среднем 80 (от 60 до 100) на 100 женщин за год. Если при пользовании контрацептивами наступило только 4 беременности, значит 76 было предотвращено (80 – 4 = 76) и эффективность контрацепции равнялась 95% ($\frac{76}{80} \times 100$).

В 1941—1942 гг. в Индианополисе (США) было проведено изучение этого вопроса у 2000 примерно одинаковых супружеских пар из числа белого населения. Брачная жизнь каждой пары составила в среднем 12—15 лет; средний возраст женщины при вступлении в брак был 21 год; все супруги имели образование 8 классов элементарной школы и в течение всей брачной жизни жили преимущественно в большом городе. Общее число лет брачной жизни у них составило 12 700, или 152 400 месяцев экспозиции, общее количество зачатий равнялось 1576, что по формуле Пирла дает:

$$\frac{1576 \times 1200}{152\,400} = 12 \text{ беременностей на 100 лет экспозиции.}$$

В 1946—1947 гг. в Королевском колледже акушерства и гинекологии (Соединенное Королевство) этот вопрос изучался у 3300 женщин; по этой же методике был получен показатель частоты наступления беременности в течение 100 лет экспозиции, равный 8 для не применявших контрацептивов и 6 для пользовавшихся ими.

Tietze в своем выступлении на конференции в Ростоке [112] привел интересные данные о эффективности различных противозачаточных средств на основании материалов отдельных стран (табл. 22). Однако данные эти с трудом поддаются сравнению, так как эффективность в немалой степени зависит, кроме всего прочего, еще и от умения пользоваться предохранительными средствами. Следует различать «ошибки пациента» от «ошибок

Таблица 22

Число обратившихся супружеских пар, общее число лет „риска", число нежелаемых беременностей и частота беременностей на 100 лет „риска" для различных методов (результаты, полученные с 1938 по 1960 г.)

Метод, автор, год публикации	Город (страна), где проведено исследование	Число супружеских пар	Число лет экспозиции («риска»)	Число нежелательных беременностей	Частота беременностей на 100 лет «риска»
Желе или крем (без пессария)					
Finkelstein и др., 1954[1]	Балтимора	291	354	39	11
Finkelstein и др., 1952[1]	Балтимора	371	431	83	19
Finkelstein и Goldberg, 1959[1]	Балтимора	366	365	87	24
Seibels, 1944	Южная Каролина	346	484	152	31
Tietze и др., 1960	Пуэтро-Рико	462	416	150	36
Beebe, 1942	Западная Виргиния	1 108	938	354	38
Гормональное угнетение овуляции					
Pincus и др., 1959	Пуэрто-Рико	681	548	14	3
Tyler и Olson, 1959	Лос-Анжелес	715	257	22	9
Кондомы					
Tietze и Gamble, 1944	Северная Каролина	387	649	72	11
Tietze и др., 1960	Пуэрто-Рико	494	664	188	28
Метод Knaus—Ogino					
Tietze и др., 1951	Бостон	409	606	87	14
Окклюзивный пессарий, комбинированный с желе или кремом					
Dewees и Beebe, 1938	Филадельфия	662	1 292	80	6
von Friesen, 1957	Швеция	246	280	23	8
Beebe и Overton, 1942	Нашвилл	380	361	32	9
Stix, 1939	Цинциннати	1 579	2 819	248	9
Stix и Notestein, 1940	Нью-Йорк	867	742	68	9
Stix, 1941	Южная Каролина	709	685	87	13
Teitze и Alleyne, 1959	Барбадос	541	503	87	17
Beebe и Belaval, 1942	Пуэрто-Рико	188	150	43	29
Tietze и др., 1960	Пуэрто-Рико	272	363	122	34

Продолжение

Метод, автор, год публикации	Город (страна), где проведено исследование	Число супружеских пар	Число лет экспозиции («риска»)	Число нежелательных беременностей	Частота беременностей на 100 лет «риска»
Пенистые таблетки					
Koya и Koya, 1960	Япония	82	151	18	12
Tietze и др., 1960	Пуэрто-Рико	168	130	50	38
Finkelstein, 1958[1]	Балтимора	120	111	54	49
Суппозитории					
Madsen и др., 1952	Дания	183	221	17	8
Eastman и Seibels, 1949[1]	Балтимора	333	212	57	27
Tietze и др., 1960	Пуэрто-Рико	207	154	65	42

[1] Пересчитано с данных оригинала [112].

метода» и помнить, что неуспех редко зависит только от метода предохранения.

Tietze считает наиболее правильным показатель 6 беременностей на 100 лет экспозиции для группы применявших контрацептивы и 16—для не пользовавшихся ими.

В СССР группа врачей изучала эффективность противозачаточных средств и причины внебольничных абортов в 7 городах, полностью обеспеченных противозачаточными средствами при широкой пропаганде их применения, а также койками для производства искусственного аборта [8 и 9].

За время с 1 июня 1961 г. по 1 июля 1962 г. были собраны анкеты от всех женщин, применявших противозачаточные средства и поступивших для производства аборта. У 2000 женщин, никогда не применявших противозачаточных средств, была изучена «физиологическая» плодовитость, которая составила одно зачатие в среднем на 14,4 месяца половой жизни ($\sigma = \pm 0{,}3$). Выяснилось, что сроки половой жизни на одно зачатие (в месяцах) варьировали в весьма значительных пределах ($\sigma = \pm 7{,}1$).

Авторы построили ряд накоплений процента женщин, никогда не применявших противозачаточных средств, у которых наступает беременность в течение различных сроков половой жизни, и привели схему расчетов частоты наступления беременности (табл. 23 и 24).

Таблица 23

Схема расчета частоты наступления беременности

Количество месяцев «риска»	Процент женщин, не применявших противозачаточных средств, у которых наступает беременность в течение данного срока	Количество месяцев «риска»	Процент женщин, не применявших противозачаточных средств, у которых наступает беременность в течение данного срока
1	5,7±1,0	11	48,3±2,25
2	7,0±1,25	12	51,4±2,25
3	9,9±1,35	13	57,9±2,2
4	12,1±1,4	14	62,4±2,2
5	14,0±1,6	15	63,9±2,15
6	15,1±1,6	16	64,3±2,15
7	27,9±2,0	17	66,3±2,1
8	40,2±2,2	18	67,5±2,0
9	43,2±2,2	19	72,6±2,0
10	45,3±2,25	20	79,3±1,8

Таблица 24

Схема расчета частоты наступления беременности

Длительность наблюдения в месяцах	Число наблюдаемых женщин	Срок наступления беременности в месяцах			
		0—3	4—6	7—11	12 и позже
0—3	$и_1$	a_1	—	—	—
0—6	$и_2$	b_1	d_2	—	—
0—12	$и_3$	c_1	c_2	c_3	—
12 и более	$и_4$	d_1	d_2	d_3	d_4

Наступило беременностей в течение:

а) 0—3 месяцев $= \dfrac{(a_1 + b_1 + c_1 + d_1) \cdot 100}{и_1 + и_2 + и_3 + и_4} = \%;$

б) 0—6 месяцев $= \dfrac{(b_1 + c_1 + d_1 + b_2 + c_2 + d_2) \cdot 100}{и_2 + и_3 + и_4} = \%;$

в) 0—12 месяцев $= \dfrac{(c_1 + d_1 + c_2 + d_2 + c_3 + d_3) \cdot 100}{и_3 + и_4} = \%;$

г) 12 месяцев и более $= \dfrac{(d_1 + d_2 + d_3 + d_4) \cdot 100}{и_4} = \%.$

Затем определяли количество зачатий у 100 женщин, применявших противозачаточное средство, после чего проводили сопоставление показателей частоты наступления беременности в обеих группах женщин (применявших и не применявших контрацептивы) с учетом их возраста. Величина эффективности противозачаточных средств представляет собой соотношение обоих указанных показателей в процентах. Она исчислялась для каждой группы женщин с различными сроками наблюдения, а затем находили среднее ее значение.

В расчетах была использована изложенная ранее методика Пирла, а именно:

$$E = \frac{(A - B)}{A} \times 100,$$

где E — эффективность; A — число беременностей за определенный срок, наступивших у 100 женщин, не применявших противозачаточных средств; B — число беременностей, наступивших за тот же срок у 100 женщин, применявших контрацептивы.

Так, например: $\frac{(14{,}0-5{,}6)}{14} \times 100 = 60\%$.

К сожалению, в отечественной литературе подобного рода методика нигде, кроме названной выше работы, не применялась. Вместо этого авторы пользуются весьма примитивным способом расчета процента «неудач» как показателя эффективности противозачаточных средств, а именно:

$$E = \frac{A \cdot 100}{Б},$$

где E — эффективность; A — число женщин, применявших противозачаточные средства, у которых наступила беременность; $Б$ — число всех женщин, находившихся под наблюдением.

Этот расчет методически неправилен, так как при нем не принимается во внимание срок экспозиции.

Интересно сравнить результаты расчетов эффективности различных противозачаточных средств тремя способами.

Метод Пирла, за исключением колпачков «Кафка», дает результаты худшие, чем методика, примененная в изложенной нами работе. Неоправданно благополучно

выглядят расчеты отечественных авторов, особенно в случаях применения никоцептина и грамицидиновой пасты (табл. 25).

Таблица 25

Эффективность контрацептивов, рассчитанная разными методами (в процентах)

Противозачаточное средство	Данные опытной работы		Данные Н. И. Сорокиной [35]
	расчет с учетом срока наблюдения и средних ошибок	расчет по Пирлу	
Мужские презервативы	80—82	78	96,2
Колпачки «Кафка»	84—88	86	98,8
Резиновая мембрана КР	80—85	77	96,5
Грамицидиновая паста	55—60	51	96,0
Никоцептин	10—14	—	93,8

Авторы разбираемой работы установили, что пользование контрацептивами предотвращает в среднем 20—25% абортов. Этот показатель не очень удачно назван ими «демографическим эффектом» применения противозачаточных средств.

Методика его расчета такова: определяется ожидаемое количество беременностей у женщин фертильного возраста (15—49 лет). Это количество получается путем умножения численности женщин на среднее число беременностей, наступающих в течение одного года половой жизни у одной женщины, не применявшей противозачаточных средств. При этом следует учитывать возрастной состав женщин, процент состоящих в браке и пр. Из полученного числа вычитают роды, делают поправку на процент самопроизвольных абортов и получают ожидаемое число абортов. Сопоставляя ожидаемое и фактическое число абортов, вычисляют «демографический эффект».

Публикуемые в советской печати сведения о работе, проводимой врачами по борьбе с абортом, весьма скудны. Среди них интересен опыт, доложенный на совещании по охране здоровья женщин, проведенном в относительно недавнее время в Ростове-на-Дону [60]. До на-

чала опыта 60% женщин совершенно не предохранялись от зачатия. Авторы организовали кабинет по продаже противозачаточных средств всем женщинам, перенесшим аборт, развернули специальную санитарно-просветительную работу среди населения, ввели некоторые разумные ограничения в выдаче разрешений на аборт. Так, первобеременным операция производилась лишь после беседы с ее мужем; в результате этого около 10% первобеременных отказались от аборта. Не требует объяснений, скольким женщинам благодаря этому ограничению удалось сохранить здоровье и сколько молодых женщин предохранено от вторичного бесплодия.

Явными показателями эффективности работы этого кабинета могут служить: снижение доли внебольничных абортов в их общем количестве (1959 г.— 15,7% и 1960 г.— 10%), а также уменьшение соотношения между количеством абортов и нормальных родов (1959 г.— 252, 1960 г.— 180).

ПРИЧИНЫ АБОРТА В СССР

Аборт является одним из широко распространенных способов сознательного регулирования женщиной числа детей. Поставив перед собой задачу изучить мотивы, побуждающие советскую женщину ограничивать количество детей в семье, мы сочли целесообразным исследовать причины аборта. В период полной свободы аборта после 1955 г. разрешение этой задачи оказалось возможным, так как женщины, как правило, не стесняясь говорят врачу или медицинской сестре причины, побудившие их прийти в женскую консультацию за разрешением на производство аборта.

В качестве документа, в котором фиксировались интересующие нас вопросы, была использована анкета, предварительно апробированная в двух родильных домах (женских консультациях) Москвы.

Исследование было проведено в 1958—1959 гг. путем опроса женщин, получавших в медицинском учреждении направление на операцию искусственного прерывания беременности.

Ответы на поставленные в анкете вопросы записывались самой женщиной или сестрой женской консультации, а в некоторых случаях — врачом при оформлении документов направления на аборт.

Таким образом, из наших наблюдений сознательно были исключены случаи, когда женщина попадала в лечебное учреждение с неполным абортом и когда она, как правило, утверждала, что «не знает причины кровотечения, так как оно началось без всякого вмешательства с ее стороны». Следовательно, мы не пытались изучить причины криминальных абортов, которые, как известно, составляют значительную часть (до 65%) так называемых неполных абортов.

Мы поставили целью изучить причины аборта на материалах самой большой из союзных республик — РСФСР. Вначале исследование проводилось на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей. Через врачей-курсантов различных циклов организаторов здравоохранения было распространено на местах более 50 000 анкет. При отборе курсантов для передачи им анкет была принята во внимание необходимость отражения в материалах сведений из всех экономико-географических районов РСФСР.

Было возвращено заполненными и подверглось статистической обработке немногим более половины разосланных анкет (около 26 000, из них 20 000 из городов и 6000 из сельских населенных пунктов) (табл. 26).

Для территории Российской Федерации это количество достаточно репрезентативно.

Доли населения, проживающего в тех городах, где удалось собрать анкеты, достигали в среднем 17,3% (табл. 27).

Для сельских местностей сделать такой расчет не представлялось возможным, так как значительная часть сельских жительниц, заполнивших анкеты, сделала аборты в стационарах городов.

Для установления возраста женщин, имевших аборты в 1958—1959 гг. в городах РСФСР, были специально собраны материалы, представлявшие собой либо карты женщин, выписанных после аборта из стационаров городов, либо списки этих женщин по тем лечебным учреждениям, в которых по каким-либо причинам не велись карты выписанных[1].

---

[1] В настоящее время введена специальная краткая история болезни для женщин, поступивших в стационар для операции искусственного прерывания беременности, но в момент проведения исследования такой истории болезни еще не было.

Таблица 26

Количество анкет, собранных из экономико-географических районов РСФСР за 1958—1959 гг.

Экономико-географический район	Всего анкет	Из них: из городов	Из них: из сельских местностей
Север	665	665	—
Северо-Запад	1 400	1 032	368
Центр (без Москвы)	6 672	5 088	1 484
Москва	3 540	3 540	—
Поволжье	1 617	1 270	347
Северный Кавказ	2 706	1 951	765
Урал	3 949	2 703	1 246
Западная Сибирь	3 645	2 411	1 234
Восточная Сибирь	1 234	1 109	125
Дальний Восток	674	332	242
Итого . . .	25 902	20 101	5 801

Примечание. Районирование территории РСФСР принято по данным до 1960 г., когда Волго-Вятский и Центрально-Черноземный районы входили в район центра.

Таблица 27

Процент населения, проживающего в городах, по которым собран анкетный материал, среди всего городского населения

Район	%
Север	3,6
Северо-Запад	3,1
Центр	25,8
Поволжье	33,4
Северный Кавказ	16,7
Урал	9,9
Западная Сибирь	10,8
Восточная Сибирь	12,5
Дальний Восток	4,2
Всего	17,3

Собранный нами материал о возрасте женщин охватывает городские поселения, численность населения которых составляет в среднем около ¼ (24,8%) всего городского населения РСФСР. По отдельным экономико-географическим районам республики этот охват колеблется в пределах от 7,1% в городах Центрально-Черноземного района до 57,9% в городах Северо-Запада.

Возрастной состав женщин, имевших аборты в 1958—1959 гг., по материалам разработки анкет и параллельно по данным карт учета выписанных из стационаров, полученных с мест, почти идентичен (табл. 28).

Таблица 28

Возрастной состав женщин, имевших аборты в 1958—1959 гг. в городах РСФСР, по данным анкет и учетных данных с мест

Вид материала \ Возраст в годах	До 20	20—24	25—29	30—34	35—39	40 и старше	Всего
Данные анкет . .	1,5	22,1	28,0	29,5	14,5	4,4	100,0
Данные учета (с мест)	1,8	19,6	30,6	29,1	14,4	4,5	100,0

Достаточная репрезентативность собранного материала подтверждается тем, что данные о возрасте женщин, имевших зарегистрированные аборты, собраны из городов, в которых проживает 24,8% всего городского населения РСФСР, а возрастной состав женщин, имевших аборты, в городах РСФСР, по данным анкет и данным государственного учета, почти идентичен.

Данные о численности и составе населения по полу и возрасту в настоящее время и прогноз населения на ближайшие годы показывают, что, начиная с 1962 г., в возраст наиболее высокой плодовитости (20—34 года), определяющей уровень рождаемости в стране, вступают поколения женщин, родившихся в годы Великой Отечественной войны, когда, как это бывает обычно в годы войны, рождаемость была особенно низкой. В соответствии с этим доля женщин наиболее плодовитых возрастов в эти годы меньше, чем это имело место до 1962 г.

Косвенным подтверждением такого положения может служить возрастная структура всего населения, рассчитанная специалистами до 1969 г. (табл. 29).

Таблица 29

Доля населения рабочего возраста в составе всего населения[1]

Год	1939	1959	На начало	
			1964	1969
Процент во всем населении	53,5	57,4	53,8	54,7

Примечания. 1. В 1939 и 1959 гг. по данным переписей населения в группу производительного возраста включаются мужчины 16—59 лет и женщины 16—54 лет.

2. В 1964 и 1969 гг. указана доля так называемого рабочего возраста.

[1] Структура народного хозяйства в СССР. Изд-во «Наука», 1967, стр. 181.

Естественным следствием такого положения при прочих равных условиях должно было явиться и действительно явилось снижение рождаемости. При этом существенным резервом сохранения рождаемости на уровне 1962 г. в ближайшие годы является возможный рост как относительного, так и абсолютного числа беременностей, заканчивающихся нормальными родами.

В обоих изложенных выше аспектах (здоровье женщин и уровень рождаемости) представляется необходимым вскрыть причины, побуждающие женщин ограничивать число детей и с этой целью открыто прибегать к искусственному прерыванию беременности.

Мы подчеркиваем — открыто прибегать к аборту потому, что и при полной свободе этой операции в условиях медицинского учреждения, к сожалению, остаются так называемые внебольничные аборты, бóльшая часть которых представляет собой искусственный криминальный аборт.

Ввиду особой трудности, чтобы не сказать невозможности, выяснения обстоятельств, толкающих женщину в условиях полной свободы аборта на криминал, мы не ставили перед собой такой задачи и провели изучение причин искусственного прерывания беременности у женщин, сделавших себе аборт в медицинском учреждении по направлению врача.

Условия полной легализации аборта в нашей стране в данное время позволяют осуществить изучение причин аборта у этой группы женщин, представляющих подавляющее большинство всех женщин, лежавших в стационарах по поводу аборта.

Совершенно естественно, что среди прервавших беременность основную массу составляли женщины наиболее плодовитого возраста (20—34 года). При этом отмечается несколько бо́льшая доля их среди городских жительниц (79,6%) по сравнению с сельскими (77,0%). Такое соотношение между женщинами, проживающими в городе и на селе, было еще более ярко выражено в нашей работе по данным 1938 г. в период запрета аборта (табл. 30).

Таблица 30

Возрастной состав женщин, имевших аборты (на территории РСФСР, в процентах)

Возраст в годах	1958—1959 гг.				1938 г.			
	города		сельские местности		города		сельские местности	
До 20	1,5		1,8		2,2		2,6	
20—24	22,1		20,1		27,4		18,5	
25—29	28,0	79,6	26,8	77,0	33,5	81,7	26,5	67,5
30—34	29,5		30,1		20,8		22,5	
30—39	14,5		15,7		11,6		18,7	
40 и старше	4,4		5,5		4,5		11,2	
Всего . . .	100,0		100,0		100,0		100,0	

Имеющиеся по этому вопросу многочисленные данные литературы по разным странам за различные периоды вполне соответствуют нашим, т. е. среди женщин, находившихся в лечебных учреждениях по поводу искусственного аборта, основную массу составляют лица, находящиеся в наиболее цветущем возрасте.

Так, в ГДР [113] среди 2072 женщин, имевших аборты, преобладали лица в возрасте 25—39 лет (73,1%), а по более ранним материалам (1946—1949) основную массу прервавших беременность составляли женщины в возрасте 30—50 лет (87,7% по данным о 1563 женщинах). В Венгрии в последнее время основная масса жен-

щин, имевших аборты, находилась в возрасте 20—30 лет (74,5%), причем в городах доля молодых женщин среди них была выше, чем в сельских местностях. В США, по материалам ряда работ последних лет, среди женщин, имевших аборты, преобладали лица в возрасте 26—40 лет. В Швеции в возрасте около 29 лет находилось 42% женщин, прервавших беременность. В Японии, по данным Иокио Накатсу в 1953—1954 гг. [88], наблюдавшего более 5000 (5209) случаев аборта, женщины в возрасте 25—34 лет составляли 54% общего количества абортировавших.

Известно, что уровень плодовитости женщин зависит от их возраста и семейного положения (во всех возрастах). У замужних женщин он значительно выше по сравнению с незамужними (табл. 30).

Таблица 30

Возрастные коэффициенты общей (число рождений в год на 1000 женщин данного возраста) и брачной (на 1000 женщин, состоящих в браке) плодовитости[1] в 1958—1959 гг.

Возраст в годах	Общая плодовитость	Брачная плодовитость
15—19	29,2	292,0
20—24	162,2	323,8
25—29	164,8	217,1
30—34	110,1	141,9
35—39	66,6	91,9
40—44	24,1	38,7
45—49	5,0	9,1

[1] Б. Ц. Урланис. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. Госстатиздат, 1963, стр. 42 и 47.

Подавляющее большинство женщин, имевших аборты, на основании материалов анкет как в городах, так и в сельской местности состояло в браке, из них основная масса — в зарегистрированном (табл. 31). При этом в городах доля замужних женщин среди прервавших беременность была несколько больше, чем на селе. Это обстоятельство соответствует данным о большей доле замужних женщин в городах, чем в селах РСФСР (табл. 32) по материалам переписи 1959 г.

Таблица 31

Состав женщин, имевших аборты в 1958—1959 гг., по их семейному положению (по материалам анкет)

Территория	Замужние	В том числе брак не оформлен	Одинокие	Всего
Город . . .	94,2	7,2	5,8	100,0
Село . . .	92,6	7,9	7,4	100,0

Таблица 32

Состав женщин в возрасте 16 лет и старше по их семейному положению (РСФСР, 1959 г.)[1]

Территория	Замужние	Одинокие	Всего
Город	52,0	48,0	100,0
Село	48,8	51,2	100,0

[1] Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г. РСФСР. М., 1963, стр. 98.

Мы уже упоминали о том, что число неполных абортов составляет несколько менее $^1/_6$ всех зарегистрированных абортов и почти не имеет тенденции к снижению. Надо полагать, что в условиях полной легализации аборта к прерыванию беременности вне лечебного учреждения чаще прибегают незамужние женщины главным образом из-за боязни огласки факта беременности.

Данные литературы по этому вопросу не отличаются от наших материалов. Так, в ГДР в первые годы после второй мировой войны замужние женщины среди прервавших беременность составляли 73,4%, в Венгрии — немногим более половины (52,4%), при этом одиноких в городах было значительно больше, чем в селах. В Англии Davis [77] по материалам двух больниц рабочего пригорода на основании 2665 случаев аборта установил, что замужние женщины среди прервавших беременность составляли 88%, в Швеции —60—70% [74].

Весьма важным обстоятельством является частота абортов у женщин в связи с их отношением к трудовой деятельности (табл. 33). Это особенно важно потому,

Таблица 33

Занятость в общественном труде женщин, имевших аборты, на территории РСФСР (по материалам анкет в процентах к итогу)

Самодеятельность и общественная группа	1958—1959 гг.	
	город	село
Всего самодеятельных	71,0	64,3
Из них:		
работниц	43,8	23,7
служащих	26,3	18,6
колхозниц	0,2	21,9
Несамодеятельных	29,0	35,7
Всего . . .	100,0	100,0

что в условиях социалистических стран, в частности в СССР, в настоящее время значительное количество женщин производительного возраста занято в общественном труде.

По официальным данным, на 15 января 1959 г. в числе всех женщин (работающих и иждивенцев) рабочие и служащие составляли 67,1%, а колхозницы — 32,6[1].

По данным переписи населения 1959 г.[2], среди всего женского населения (работающие и иждивенцы) рабочие составляли 65,2% в городах и 36,4% в сельской местности, служащие — соответственно 33,0 и 12,3%, колхозницы — 1,7 и 51,0%.

Плодовитость женщин в 1958—1959 гг. в СССР в связи с возрастом и общественной группой представлялась в следующем виде (табл. 34).

Таким образом, во всех возрастах, кроме возрастной группы 15—19 лет, плодовитость иждивенок рабочих и служащих была выше, чем у женщин, занятых общественным трудом.

На основании наших материалов можно утверждать, что частота абортов у самодеятельных женщин была в $2^1/_2$ раза выше, чем у несамодеятельных женщин.

---

[1] Женщины и дети в СССР. М., 1963, стр. 41.

[2] Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г. РСФСР. М., 1963, стр. 151.

По материалам 1938 г. [43], процент самодеятельных женщин, имевших аборт, в городах колебался от 48,0% в Курске до 72,9% в Таганроге. В сельской местности эти женщины составляли лишь 25,9% всех женщин с начавшимся абортом.

Таблица 34

Коэффициент плодовитости в СССР (на 1000 женщин данного возраста) в 1958—1959 гг.[1]

Возрастная группа	Рабочие и служащие	
	работающие	находящиеся на иждивении
15—19 лет	32,5	27,2
20—29 »	138,3	199,3
30—39 »	67,6	101,5
40—49 »	7,1	13,4

[1] Б. Ц. Урланис. Динамика и факторы рождаемости. В сб.: Вопросы народонаселения и демографическая статистика, 1966, стр. 43.

Представляет также интерес состав женщин, прервавших беременность, по уровню их образования. По данным переписи населения в РСФСР в 1959 г., 41,2% женщин производительного возраста имели полное или неполное среднее образование. По нашим данным, у основной массы имевших аборты женщин как в городах, так и в сельских местностях было среднее образование (полное и неполное). В городах по сравнению с сельскими местностями женщин со средним и высшим образованием среди прерывавших беременность было больше (табл. 35 и 36).

С точки зрения состояния здоровья и дальнейшей производительной функции важно установить состав

Таблица 35

Состав женщин в возрасте 10 лет и старше по образованию в РСФСР в 1959 г.[1]

Образование / Территория	Начальное и незаконченное семилетнее	Незаконченное высшее и среднее, включая неполное среднее	Высшее законченное
Город	25,8	41,4	3,5
Село	26,5	21,8	0,6

[1] Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г. РСФСР. М., 1963, стр. 106, 107.

Таблица 36

Состав женщин, имевших аборты на территории РСФСР, по образованию (по нашим данным)

Образование / Территория	1958–1959 гг. низшее	неполное среднее	среднее	неполное высшее	высшее	неграмотные	Всего
Город . . .	26,9	41,4	24,6	2,4	4,4	0,3	100,0
		66,0		6,8			
Село . . .	44,0	35,2	17,1	1,5	1,6	0,6	100,0
		52,3		3,1			

женщин, имевших аборты, по порядковому номеру прерванной беременности; прежде всего необходимо знать, какое место среди них занимают первобеременные. Этим женщинам, как правило, находящимся в молодом возрасте, по профилактическим соображениям следует рекомендовать искусственное прерывание беременности только по медицинским показаниям, так как выскабливание еще ни разу не рожавшей матки может привести к тяжелым последствиям вплоть до стойкого бесплодия. В этом плане представляет значительный интерес специальное исследование, выполненное на тему о вреде аборта на кафедре акушерства и гинекологии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей[1]. Под отягощенным анамнезом автор условно понимает наличие у первородящей в прошлом абортов. В работе приведены результаты наблюдений над 3266 первыми родами за период с 1962 по 1964 г., прошедшими через клинические базы кафедры. В числе этих родов 1636 имели место у женщин, рожавших впервые после проделанного ранее аборта, и 1630 — у первородящих, не имевших в анамнезе абортов, эта группа играла роль контроля. Статистически достоверные результаты сравнения данных основной и контрольной групп женщин позволили автору утверждать, что в группе первородящих с отягощенным акушерским анамнезом чаще встречаются: а) осложне-

[1] К. Ж. Кульбаева. Первые роды при отягощенном акушерском анамнезе. Автореф. дисс. канд. М., 1966.

ния беременности (токсикозы первой и второй половины, угроза прерывания беременности, гипотония и анемия); б) осложнения родового акта (преждевременные роды, дородовое и раннее излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности и кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах); в) оперативное вмешательство (вакуум-экстракция, ручное отделение и выделение последа, ручное обследование полости матки).

Предшествовавшие аборты оказывают также неблагоприятное влияние на состояние плода и новорожденного. По материалам К. Ж. Кульбаевой, при первых родах у женщин с отягощенным акушерским анамнезом чаще встречаются такие патологические состояния плода и новорожденного, как начинающаяся асфиксия, синяя асфиксия и белая асфиксия.

В наших материалах обращает на себя внимание довольно значительная доля женщин, прервавших первую беременность, как в городах (6,0%), так и в сельских местностях (3,8%).

В связи с тем что искусственное прерывание именно первой беременности нередко наносит непоправимый вред здоровью женщины, необходимо лучше организовать ознакомление молодых женщин с применением противозачаточных средств, а также осведомление их о вреде аборта при первой беременности.

По порядковому номеру беременности, закончившейся в 1958—1959 гг. искусственным абортом как в городе, так и на селе, преобладает третья; вместе с тем в городах по сравнению с сельскими местностями относительно больше женщин, прервавших первые четыре беременности, а в сельских местностях по сравнению с городскими больше процент прервавших пятую и более беременность (табл. 37). Последнее обстоятельство, очевидно, связано как с возрастным составом сельских жительниц, так и с бо́льшим по сравнению с городами размером их семьи.

Некоторым косвенным подтверждением этого предположения могут быть данные, характеризующие более высокую рождаемость у сельских жительниц СССР по сравнению с городскими (табл. 38).

Что касается распределения родившихся в СССР в 1959 г. по порядку родов у матери, то оно представляется в следующем виде (табл. 39).

По нашим материалам, в 1938 г. среди прерванных беременностей преобладали вторая и третья. Доля пер-

Таблица 37

Состав женщин, имевших аборты, по порядковому номеру беременности (в процентах)

Беременность	РСФСР			
	1958—1959 гг.		1938 г.	
	город	село	город	село
Первая	6,0	3,8	11,3	9,7
Вторая	17,8	14,6	16,8	12,4
Третья	19,1	16,0	14,4	12,1
Четвертая	16,3	15,1	11,6	11,2
Пятая	13,5	14,0	9,9	10,6
Шестая	9,3	11,5	8,2	9,5
Седьмая	6,3	8,6	6,5	8,0
Восьмая	4,1	5,8	5,5	7,0
Девятая	2,7	3,6	4,0	5,5
Десятая и более	4,9	7,0	11,8	14,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 38

Рождаемость в городах и сельских местностях[1]

Год	Коэффициент рождаемости		Процент превышения уровня рождаемости в селах по сравнению с городами
	в городах	в сельских местностях	
1913	30,2	48,8	61,6
1928	30,2	47,5	57,3
1950	26,0	27,1	4,2
1955	23,5	27,4	16,6
1960	22,0	27,8	26,4
1964	17,3	22,0	27,2

[1] Народное хозяйство СССР в 1965 г. Госстатиздат, 1966, стр. 43.

вобеременных среди женщин, имевших неполные аборты, в 1938 г. была более значительной, а именно 11,3% в городах и 9,7% в сельских местностях.

Таблица 39

Распределение числа родившихся в СССР в 1959 г. по порядку рождения у матери[1]

Который по счету ребенок	Процент к общему числу родившихся	
Первый	39,1	66,1
Второй	27,0	
Третий	14,1	
Четвертый	8,2	
Пятый	5,1	
Шестой	3,1	
Седьмой	1,7	
Восьмой	0,8	
Девятый и более	0,9	

[1] Народное хозяйство СССР, 1961, стр. 29.

Данные литературы показывают, что в ГДР в первые годы после второй мировой войны среди всех прерванных беременностей резко преобладала первая, что было вызвано тяжелыми в то время экономическими условиями в стране. В последние годы это положение резко изменилось, однако первобеременные все еще занимают большое место среди женщин, имевших аборты. В Испании в 1958 г. [144] среди первобеременных беременность закончилась абортом у 20,4%, среди имеших вторую беременность — у 22,8%, третью — у 26,7%, четвертую — у 42,0% и пятую — у 42,2%.

Собранные нами материалы позволили также осветить вопрос о повторности аборта в одном и том же году. Так как операция искусственного прерывания беременности, даже сделанная в идеальных условиях, не является безвредной для здоровья женщины, врачей-акушеров и организаторов здравоохранения должно насторожить то обстоятельство, что значительное количество женщин, имевших аборты, как в городах РСФСР (15,0%), так и в сельских местностях (16,0%) подвергалось операции искусственного аборта вторично в одном и том же году.

Чрезвычайно существенной является характеристика женщин, прервавших беременность, по количеству у них живых детей (табл. 40). Эти данные по существу освещают вопрос о том, после которого по счету ребенка

Таблица 40

Распределение женщин, имевших аборты, по числу живых детей (территория РСФСР по данным проведенного обследования)

Число живых детей в семье	1958—1959 гг.		1938 г.			
			город		село	
	город	село	самодеятельные	несамодеятельные	самодеятельные	несамодеятельные
Нет детей	10,2	6,2	28,7	9,9	17,9	10,4
Один	41,2	26,9	37,0	36,8	22,0	26,9
Два	32,1	30,0	19,7	30,2	20,6	27,5
Три	11,2	18,8	8,4	13,2	16,5	17,6
Четыре	3,5	10,8	3,9	6,2	11,3	9,8
Пять	1,2	4,6	2,3[1]	3,7[1]	11,7[1]	7,8[1]
Шесть и более	0,6	2,7				
Всего . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

[1] Пять и более.

женщина начинает сознательно регулировать рождаемость. Эти сведения в какой-то мере соответствуют предыдущей характеристике состава женщин по порядковому номеру прерванной беременности. По числу живых детей в городах первое место среди сделавших аборт занимали женщины, имевшие 1 ребенка (41,2%), а в сельских местностях — имевшие 2 детей (30,0%). Бездетных женщин в городах было относительно больше (10,2%), чем на селе (6,2%). В соответствии с этим горожанки, у которых беременность закончилась искусственным абортом в 1958—1959 гг., значительно реже имели 3 детей и более (16,5%), чем сельские жительницы (36,9%). Очевидно, такое соотношение является отражением общего положения, характеризующегося меньшими размерами семьи в городах по сравнению с сельскими местностями.

По данным нашего предыдущего исследования, материалы которого относились к 1938 г., число бездетных женщин было значительно выше как в городах, так и на селе, особенно среди самодеятельных женщин (28,7 и 17,9%). В городах среди самодеятельных женщин наи-

большей была группа имевших 1 ребенка (37,0%), следующей по порядку шла группа бездетных; среди несамодеятельных женщин — соответственно имевшие 1 ребенка (36,8%) и 2 детей (30,2%). В сельских местностях в обеих группах женщин большинство составляли имевшие 1 ребенка и 2 детей (42,6% самодеятельных и 54,4% несамодеятельных). Так же как и в настоящее время, женщины, имевшие 3 детей и более, в обеих группах преобладали в сельских местностях.

По данным литературы, в ГДР в 1951 г. женщины ограничивали число детей, начиная с третьего ребенка; несколько более $^1/_4$ женщин имели четырех и более живых детей. В Италии (Генри и Прест, 1955) идеалом для большинства опрошенных женщин являлась семья, состоящая из 3 детей. В Англии [10] только 39,0% из числа женщин, подвергшихся аборту, имели детей, из них $^1/_3$ по одному ребенку и столько же по 2 детей. В Шотландии (1956) $^1/_5$ всех замужних женщин совсем не имела детей и только 0,6% были многодетными (10 и более детей). После 2 лет замужества среди женщин, сделавших аборт, преобладали бездетные, а после 6 лет у большинства из них было 2 детей. В среднем на семью приходилось около 2 детей как в городах, так и в селах. В Швеции (1959), по одним данным, среди делавших аборты женщин 18,0% были бездетными, 43,0% имели 3 детей и более; по другим данным [100], женщин, имевших 3 детей и более, было несколько меньше (33,0%).

После общей характеристики состава женщин, которым делались аборты, можно перейти к анализу причин, побудивших прибегать к искусственному прерыванию беременности как способу регулирования количества детей.

На основании результатов пробной работы, проведенной в начале 1958 г. в двух женских консультациях родильных домов Москвы, нам удалось более или менее удачно сформулировать десяток отдельных причин, одну из которых женщины, заполнявшие анкеты, должны были подчеркнуть. Эти причины соответствовали определениям женщин, отвечавших на вопросы. Подавляющее большинство их указало (подчеркнуло) одну из этих причин и лишь немногие сочли необходимым дополнить их. Например, в качестве причины аборта иногда указывалась учеба или пожилой возраст, не предусмотренные нами в анкете. При разработке материала такие причины ввиду их незначительного количества вошли в группу «прочих».

Указанные женщинами причины аборта были условно распределены на объективные и субъективные. К объективным причинам относились следующие: «отсутствие мужа», «грудной ребенок», «не с кем оставить ребенка дома и невозможно устроить его в детское учреждение», «болезнь одного или обоих родителей». К субъективным причинам были отнесены «нежелание матери сохранить беременность» и «нежелание отца иметь ребенка». Вне этих групп остались такие причины, как «материальная необеспеченность», «семейные неполадки», «много детей» и некоторые другие, ввиду отсутствия достаточно удовлетворительного критерия для оценки объективности каждой из них. То, что одна женщина считает недостаточной материальной обеспеченностью, может вполне удовлетворить другую. Семейные взаимоотношения, которые одна женщина считает вполне нормальными, другая может расценивать как ненормальные, не позволяющие ей иметь ребенка. Одна семья имеет 3—4 м² жилой площади на человека и не задумывается над тем, что рождение следующего ребенка ухудшает и без того тяжелые жилищные условия, другая же семья располагает 6—8 м² на члена семьи, но не позволяет себе увеличить семью еще на одного человека.

В одних случаях женщина считает себя многодетной, имея 3 детей, в других 5 детей не считаются показателем большой семьи, требующей ограничительных мероприятий. Именно в связи с этим обстоятельством, когда та или иная женщина указывала (подчеркивала) две причины или более, из которых одна была объективной (в нашем толковании), а остальные субъективными, мы считали возможным группировать материал по признаку объективной причины, чтобы не увеличивать группу «множественных», т. е. в сущности неясных причин, в которую относились лишь случаи, когда женщина указывала несколько объективных причин одновременно.

Все указываемые женщинами причины аборта можно разделить на четыре группы, исходя из перспектив дальнейшего развития народного хозяйства и роста материального и культурного уровня населения нашей страны: 1) безусловно устранимые в процессе дальнейшего построения коммунистического общества; 2) условно устранимые; 3) неясные; 4) неустранимые.

К группе безусловно устранимых причин отнесены: «недостаток или отсутствие жилой площади», «не с кем

оставить ребенка дома и невозможно устроить его в детское учреждение», «материальная необеспеченность». Все эти причины в данное время являются весьма существенными, но несомненно, что с дальнейшим ростом материального благополучия нашего народа в будущем они будут ликвидированы. Из трех причин, объединенных в эту группу, одна («не с кем оставить ребенка дома и невозможно устроить его в детское учреждение»), определяемая нами как безусловно объективная (табл. 41), составляет среди всех причин аборта в среднем около 11,0% независимо от характера территории.

Таблица 41[1]

Не с кем оставить ребенка дома и невозможно устроить его в детское учреждение

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Север	2,1	—	—
Москва	3,8	—	—
Северный Кавказ	5,6	Северный Кавказ	2,0
Урал	8,6	Дальний Восток	6,0
Поволжье	8,9	Восточная Сибирь	7,2
Восточная Сибирь	11,7	Центр	10,6
Центр[1]	14,5	Урал	12,3
Дальний Восток	15,0	Северо-Запад	13,4
Северо-Запад	17,6	Поволжье	13,5
Западная Сибирь	20,6	Западная Сибирь	15,2
Всего	11,0		10,9[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

За исключением районов Урала и Поволжья, повсюду в городах эта причина имеет большую долю, чем в сельских местностях. Это зависит не от более высокой обеспеченности сельских местностей детскими учреждениями, а от особенностей условий жизни на селе, где работающей женщине легче оставить ребенка дома под присмотром родных. В городах же отсутствие в семье человека, которому можно было бы поручить присмотр за ребенком дома, зависит в большой степени от недостатка жилой площади, административных паспортных ограничений и пр., в связи с чем нет возможности вы-

[1] В табл. 41—53 доли ответов выражены в %.

писать из деревни либо взять в семью родственницу или няню для ухода за ребенком. Такое предположение подтверждается при анализе следующей причины в этой группе, сформулированной как «недостаток или отсутствие жилой площади» и находящейся по существу на границе объективных и субъективных причин, хотя на первый взгляд она и кажется сугубо объективной. В самом деле, в настоящее время понятие «недостаток жилой площади» включает весьма различные количества квадратных метров, приходящихся на одного члена семьи. Все зависит от привычек и запросов семьи. Совершенно естественно, что в городах эта причина играет гораздо бóльшую роль (14,0%), чем в сельских местностях (4,2%), не только в среднем по РСФСР, но и по всем отдельным экономико-географическим районам республики, кроме района Дальнего Востока (табл. 42). Особенно важной

Таблица 42

Недостаток или отсутствие жилой площади

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Север	1,8	Восточная Сибирь	0,8
Дальний Восток	3,0	Северный Кавказ	1,6
Северный Кавказ	8,0	Поволжье	2,6
Урал	8,6	Западная Сибирь	2,6
Восточная Сибирь	12,3	Урал	3,3
Западная Сибирь	12,4	Дальний Восток	4,2
Центр[1]	13,6	Северо-Запад	6,0
Поволжье	15,8	Центр	7,9
Северо-Запад	18,1		
Москва	25,2		
Всего	14,0		4,2[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

эта причина в момент нашего исследования была в Москве (25,2%), где лишь в дальнейшем в связи с широко развернувшимся жилищным строительством стала значительно убывать нужда в жилье.

Наше предположение о наличии прямой связи между упомянутыми двумя причинами (чем больше среди при-

чин аборта доля «недостатка или отсутствия жилой площади», тем больше среди них доля такой причины, как «не с кем оставить ребенка дома и невозможно устроить его в детское учреждение») подтверждается величиной коэффициента корреляции, равного в городе 0,51[1], тогда как на селе он составляет лишь 0,2.

Третье место в этой группе причин аборта занимает «материальная необеспеченность». Субъективность ее определения не требует объяснений; все зависит от материальных и культурных запросов каждой семьи. Эта причина составляет примерно $^1/_{10}$ среди всех причин аборта независимо от характера территории (табл. 43).

Таблица 43

Материальная необеспеченность

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Дальний Восток	2,4	Урал	4,6
Север	2,6	Поволжье	5,3
Поволжье	6,6	Северный Кавказ	8,0
Урал	7,6	Западная Сибирь	8,1
Западная Сибирь	8,3	Дальний Восток	8,5
Северо-Запад	9,2	Северо-Запад	11,5
Москва	9,6	Восточная Сибирь	20,0
Восточная Сибирь	10,4	Центр	22,2
Северный Кавказ	11,4		
Центр[1]	14,1		
Всего	10,0		11,2[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

Вся первая группа причин абортов, определяемая нами как «безусловно устранимая», вызывает около $^1/_3$ (35,0%) абортов, произведенных ответившими на наши анкеты горожанками, и около $^1/_4$ их (26,3%) у сельских жительниц (табл. 44).

При этом в городах в основном аборты, произведенные в связи с первой группой причин, обусловлены жи-

[1] Без Москвы, так как в ней связь между этими причинами носит иной характер.

Таблица 44

Первая группа—«безусловно устранимые» причины

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Север	6,5	Северный Кавказ	11,6
Дальний Восток	20,4	Дальний Восток	18,7
Урал	24,8	Урал	20,2
Северный Кавказ	25,0	Поволжье	21,4
Поволжье	31,3	Западная Сибирь	25,9
Восточная Сибирь	34,4	Восточная Сибирь	28,0
Москва	38,6	Северо-Запад	30,9
Западная Сибирь	41,3	Центр	40,7
Центр[1]	42,4		
Северо-Запад	44,9		
Всего	35,0		26,3[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

лищной нуждой (коэффициент корреляции между долей всей первой группы причин и недостатком или отсутствием жилой площади в городах составляет 0,8, в сельских местностях — 0,44). Такое положение отмечается не только на всей территории РСФСР, но и в каждом из ее экономико-географических районов.

Результаты анализа этой части нашего материала позволяют предположить, что по мере осуществления начертанной XXII съездом КПСС программы построения коммунистического общества, дальнейшего роста жилищного строительства, особенно в городах, развертывания детских учреждений до полного удовлетворения потребности в них населения, повышения материального благосостояния народа можно рассчитывать на сохранение и доведение до нормального срока родов довольно значительной части беременностей, в настоящее время заканчивающихся абортом.

В противоположность первой группе причины, выделенные в четвертую группу, остаются, как нам представляется, и в дальнейшем неустранимыми. Мы включили в их число такие, как «грудной ребенок» и «многодетность». Величина этой группы определяется размерами в ее составе первой причины, т. е. наличием «грудного

ребенка» в семье. Такое положение наблюдается во всех экономико-географических районах РСФСР, за исключением Уральского района. В среднем в республике эта группа причин аборта занимает примерно $^1/_{10}$ всех его причин (табл. 45).

Таблица 45

Четвертая группа—«неустранимые причины»

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Дальний Восток . . .	3,0	Урал	7,7
Север	5,2	Западная Сибирь	7,7
Западная Сибирь	6,4	Дальний Восток	8,1
Восточная Сибирь	6,7	Северо-Запад	11,2
Урал	8,5	Центр	11,6
Северо-Запад	9,4	Восточная Сибирь	12,8
Центр[1]	10,0	Северный Кавказ	13,4
Москва	11,4	Поволжье	19,0
Северный Кавказ	12,1		
Поволжье	13,9		
Всего . . .	9,6		10,5[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

Остальные две группы причин аборта (вторая — «условно устранимые» и третья — «неясные») в какой-то степени также могут послужить в будущем возможным резервом повышения рождаемости.

Ко второй группе — «условно устранимых» причин — отнесены «отсутствие мужа», «болезнь одного или обоих родителей», «семейные неполадки». Первая из этих причин занимала в городах (5,9%) несколько меньшее место, чем в сельских местностях (7,3%). Это наблюдалось не только в среднем по РСФСР, но и во всех ее экономико-географических районах, за исключением Дальнего Востока (табл. 46).

Такое положение вполне соответствует тому, что процент замужних женщин в возрасте 15—49 лет, по данным переписи 1959 г., в городских поселениях РСФСР несколько выше, чем в сельских местностях. Значительная диспропорция между количеством мужского и женского населения будет сглаживаться, что постепенно при-

Таблица 46

Отсутствие мужа

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Северо-Запад	3,3	Дальний Восток	3,4
Западная Сибирь	4,5	Северо-Запад	4,1
Поволжье	4,7	Центр	5,7
Центр[1]	5,5	Западная Сибирь	5,7
Северный Кавказ	5,5	Северный Кавказ	7,7
Москва	6,0	Восточная Сибирь	8,8
Дальний Восток	6,6	Урал	10,7
Урал	8,0	Поволжье	12,0
Восточная Сибирь	8,2		
Север	8,6		
Всего	5,9		7,3[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

ведет к меньшему количеству незамужних женщин в наиболее производительном возрасте и в значительной мере снимет «отсутствие мужа» как причину искусственного прерывания беременности.

«Болезнь одного или обоих родителей» в городах (5,7%) занимает несколько большее место среди причин аборта, чем в сельских местностях (5,1%); это положение сохраняется во всех экономико-географических районах РСФСР, за исключением районов Западной и Восточной Сибири (табл. 47).

Дать объяснение этому в настоящее время вряд ли возможно. Однако позволительно предположить, что это может объясняться в равной мере как тем, что в городах население чаще болеет, чем в сельских местностях, так и тем, что обеспеченность медицинской помощью сельских жителей хуже, чем городских.

Ликвидация в будущем одних болезней и резкое снижение других позволяет рассчитывать на снижение заболеваемости населения, а следовательно, и на значительное уменьшение роли отдельных заболеваний как причины аборта.

«Семейные неполадки» занимали в среднем в городах (4,9%) несколько меньше места, чем в сельских мест-

Таблица 47

Болезнь одного или обоих родителей

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Урал	4,0	Северо-Запад	3,0
Север	4,5	Дальний Восток	3,4
Центр[1]	5,3	Урал	3,7
Северо-Запад	5,4	Центр	4,3
Восточная Сибирь	5,5	Северный Кавказ	6,3
Западная Сибирь	5,8	Западная Сибирь	6,6
Москва	6,1	Восточная Сибирь	7,2
Дальний Восток	6,6	Поволжье	7,9
Северный Кавказ	6,7		
Поволжье	9,2		
Всего	5,7		5,1[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

ностях (5,6%); однако это соотношение имело место не во всех экономико-географических районах РСФСР (табл. 48).

Таблица 48

Семейные неполадки

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Северный Кавказ	3,5	Восточная Сибирь	3,2
Север	4,1	Северный Кавказ	3,5
Северо-Запад	4,1	Северо-Запад	4,6
Дальний Восток	4,2	Урал	4,6
Москва	4,3	Поволжье	5,0
Урал	4,9	Центр	5,1
Центр[1]	5,0	Дальний Восток	8,5
Западная Сибирь	5,5	Западная Сибирь	8,9
Поволжье	6,7		
Восточная Сибирь	6,8		
Всего	4,9		5,6[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

Эта причина из «условно устранимых» причин аборта наименее ясна по своему содержанию; можно предположить, однако, что увеличение жилищного строительства и материальной обеспеченности, а также меньшее количество одиноких женщин приведут к более устойчивым семейным отношениям, не говоря уже о положительном влиянии на них дальнейшего формирования морали коммунистического общества.

Вся группа «условно устранимых» причин в РСФСР в целом в городах (16,5%) в среднем занимает несколько меньше места, чем в сельских местностях (18,0%). Такое же положение наблюдается примерно в половине экономико-географических районов РСФСР (табл. 49).

Таблица 49

Вторая группа—«условно устранимые» причины

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Северо-Запад	12,8	Северо-Запад	11,7
Северный Кавказ	15,7	Центр	15,1
Центр	15,8	Дальний Восток	15,3
Западная Сибирь . . .	15,8	Северный Кавказ	17,5
Москва	16,4	Урал	19,0
Север	17,2	Западная Сибирь	21,2
Урал	16,9	Восточная Сибирь	19,2
Дальний Восток . . .	17,4	Поволжье	24,9
Восточная Сибирь	20,5		
Поволжье	20,6		
Всего . . .	16,5		18,0[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

В третью группу «неясные» причины вошли «нежелание матери сохранить беременность», «нежелание отца иметь ребенка», «множественные» и «другие» причины аборта.

Первая в этой группе причина — «нежелание матери сохранить беременность» наиболее весома и встречается в сельских местностях (40,1%) значительно чаще, чем в городах (30,2%); такое положение сохраняется во всех экономико-географических районах РСФСР, кроме Дальнего Востока (табл. 50).

Таблица 50

Нежелание матери сохранить беременность

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Москва	15,1	Центр	29,1
Северо-Запад	23,1	Поволжье	30,6
Центр[1]	24,9	Восточная Сибирь	39,2
Поволожье	26,9	Западная Сибирь	40,0
Западная Сибирь	30,9	Северо-Запад	41,0
Восточная Сибирь	34,7	Дальний Восток	42,1
Северный Кавказ	41,5	Урал	46,8
Урал	42,6	Северный Кавказ	53,9
Дальний Восток	53,5		
Север	64,2		
Всего	30,2		40,1[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

«Нежелание отца иметь ребенка» занимает скромное место среди причин аборта как в городах (2,9%), так и в сельских местностях (3,1%); в отдельных экономико-географических районах РСФСР имеются весьма небольшие отклонения от средних данных (табл. 51).

Таблица 51

Нежелание отца иметь ребенка

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Северо-Запад	1,7	Восточная Сибирь	0,8
Восточная Сибирь	1,7	Центр	1,4
Западная Сибирь	2,1	Западная Сибирь	2,4
Москва	2,3	Поволжье	2,6
Дальний Восток	2,7	Северный Кавказ	3,1
Центр[1]	3,2	Северо-Запад	3,8
Северный Кавказ	3,5	Урал	4,6
Урал	3,8	Дальний Восток	9,8
Север	4,5		
Всего	2,9		3,1[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

Незначительная доля этой причины аборта среди прочих, по нашему мнению, доказывает полную самостоятельность советской женщины в семье, в связи с чем она очень считается со своим собственным желанием иметь ребенка и значительно меньше принимает во внимание желание отца. При всей на первый взгляд субъективности обеих этих причин («нежелание») следует признать, что субъективность в данном случае существует лишь формально, так как в каждой семье нежелание иметь ребенка вызывается, по-видимому, своими объективными, но оставшимися для нас неизвестными, а может быть, даже и не совсем еще осознанными самими родителями причинами. Последние в этой группе «множественные» и «другие» причины аборта следует рассматривать вместе, так как они обе составляют подгруппу неясных причин. Их доля среди причин аборта в среднем в городах (5,8%) выше, чем в сельских местностях (2,0%), во всех экономико-географических районах РСФСР, за исключением Дальневосточного района (табл. 52).

Таблица 52

Множественные и другие причины

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Восточная Сибирь	2,0	Северный Кавказ	0,6
Северный Кавказ	2,2	Северо-Запад	1,4
Север	2,4	Поволжье	1,5
Дальний Восток . . .	3,0	Урал	1,7
Урал	3,4	Центр	2,1
Западная Сибирь . . .	3,5	Западная Сибирь	2,8
Центр[1]	3,9	Дальний Восток	6,0
Поволжье	4,4		
Северо-Запад	8,1		
Москва	16,1		
Всего . .	5,8		2,0[2]

Примечание. В сельских местностях Восточной Сибири женщины не указали этих причин в своих ответах.

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных).

Размеры всей третьей группы (табл. 53), как уже указывалось ранее, определяются долей причины «неже-

лание матери сохранить беременность» (коэффициент ранговой корреляции между ними в городах равен 0,96 и в сельских местностях — 0,93).

Таблица 53

Третья группа—„неясные“ причины

Город		Село	
район	доля в ответах	район	доля в ответах
Центр[1]	32,0	Центр	32,6
Северо-Запад	32,9	Поволжье	34,7
Москва	33,5	Восточная Сибирь	40,0
Поволжье	34,2	Западная Сибирь	45,2
Западная Сибирь	36,5	Северо-Запад	46,2
Восточная Сибирь	38,4	Урал	53,1
Северный Кавказ	47,2	Северный Кавказ	57,5
Урал	49,8	Дальний Восток	57,9
Дальний Восток . . .	59,2		
Север	71,1		
Всего . .	36,9		45,2[2]

[1] Без Москвы.
[2] Без районов Севера (за отсутствием данных)

Таким образом, основная масса искусственных абортов в 1958—1959 гг. как в городах (табл. 54), так и в сельских местностях РСФСР (табл. 55) была вызвана причинами, так или иначе связанными с теми условиями жизни женщины и ее семьи, которые в результате успешного построения коммунистического общества будут полностью или частично ликвидированы.

Именно эта часть абортов является возможным резервом повышения женской плодовитости и сохранения рождаемости в последующие годы на должном уровне.

Небезынтересно отметить, что в 20—30-х годах в Ленинграде (первый период после легализации аборта) среди причин аборта основное место занимала «материальная необеспеченность» (75,1% у самодеятельных и 80,3% у несамодеятельных женщин).

В ГДР в первые послевоенные годы (1946—1949) число абортов равнялось числу родов; при этом женщины ссылались в основном на материальную необеспеченность. Однако уже в 1958 г. в обществе гинекологов в Лейпциге было заявлено, что материальная необеспе-

Таблица 54

Состав причин искусственных абортов в городах по данным РСФСР за 1958 и 1959 гг.
(в процентах)

Район	Группа причин: безусловно устранимые	условно устранимые	неясные	неустранимые	Всего
Север	6,5	17,2	71,1	5,2	100,0
Северо-Запад	44,9	12,8	32,9	9,4	100,0
Москва	38,6	16,4	33,5	11,4	100,0
Центр[1]	42,2	15,8	32,0	10,0	100,0
Поволжье	31,3	20,6	34,2	13,9	100,0
Северный Кавказ	25,0	15,7	47,2	12,1	100,0
Урал	24,8	16,9	49,8	8,5	100,0
Западная Сибирь	41,3	15,8	36,5	6,4	100,0
Восточная Сибирь	34,4	20,5	38,4	6,7	100,0
Дальний Восток	20,4	17,4	59,2	3,0	100,0
Итого	35,0	16,5	36,9	9,6	100,0

[1] Без Москвы.

Таблица 55

Состав причин искусственных абортов в сельских местностях[1] по данным РСФСР за 1958 и 1959 гг.
(в процентах)

Район	Группа причин: безусловно устранимые	условно-устранимые	неясные	неустранимые	Всего
Северо-Запад	30,9	11,7	46,2	11,2	100,0
Центр	40,7	15,1	32,6	11,6	100,0
Поволжье	21,4	24,9	34,7	19,0	100,0
Северный Кавказ	11,6	17,5	57,5	13,4	100,0
Урал	20,2	19,0	53,1	7,7	100,0
Западная Сибирь	25,9	21,2	45,2	7,7	100,0
Восточная Сибирь	23,0	19,2	40,0	12,8	100,0
Дальний Восток	18,7	15,3	57,9	8,1	100,0
Итого	26,3	18,0	45,2	10,5	100,0

[1] Без районов Севера (за отсутствием данных).

ченность, раньше игравшая столь важную роль как причина аборта, в значительной мере утратила свое значение.

В Австрии аборт в городах вызывается плохими социально-гигиеническими условиями жизни населения, в частности жилищной нуждой. Данные специального опроса показали, что среди замужних женщин, прервавших беременность, 17,4% являлись единственным кормильцем семьи, а почти половина замужних женщин ответила, что они потеряли бы работу, если бы не сделали аборта [111а].

В Англии среди причин аборта доминируют финансовые затруднения; личные мотивы занимают весьма небольшое место; вместе с тем одним из главных факторов является семейное положение женщины.

В Японии из женщин, имевших аборты, более половины пользовались контрацептивами. Среди причин аборта как у применявших, так и у не применявших противозачаточные средства основное место занимали болезнь, плохие жилищные условия, нежелание женщины иметь ребенка и наличие грудного ребенка в семье.

В Дании значительную часть причин аборта, на которые ссылаются женщины, составляют экономические причины; среди них преобладают жилищная нужда и материальная необеспеченность.

Как показывают наши наблюдения, жилищная нужда в городах играет большую роль в причинах аборта; однако благодаря намеченному перспективному жилищному строительству значение этой причины будет с каждым годом снижаться. Что же касается «материальной необеспеченности», то в нашей стране эта причина в настоящее время уже играет подчиненную роль и, несомненно, также будет ликвидирована в будущем.

Следует отметить, что довольно большое разнообразие данных по отдельным экономико-географическим районам РСФСР, а внутри них по разным городам заставляет предполагать наличие местной специфики в причинах, побуждающих женщин к регулированию числа детей в семье путем аборта. Это обстоятельство обязывает врачей и руководителей органов здравоохранения на местах изучать причины аборта для использования результатов этого изучения при планировании и проведении в жизнь мероприятий по борьбе за снижение аборта. Практика показывает, что в некоторых

местах была применена для этой цели наша карта аборта и не без практических положительных результатов. Совершенно ясно, что безотказное производство аборта, особенно первобеременным, не может не отразиться отрицательно на здоровье женщины, в частности на ее производительной функции. Отсюда следует, что акушеры-гинекологи, организаторы здравоохранения и другие, от кого это может зависеть, должны стремиться обеспечить советским женщинам возможность предохранения от нежелаемой беременности.

Необходимо принимать меры по предупреждению искусственного аборта путем создания и расширения производства, продажи и использования эффективных и удобных контрацептивов.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЧИСЛА ДЕТЕЙ В СССР (ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ)

Конец XIX и особенно начало XX века стали периодом все более ярко выраженного снижения рождаемости во всех странах Европы и Соединенных Штатах Америки. Несколько позже этот процесс охватил и другие страны.

Многочисленные исследования причин снижения рождаемости, проводимые в течение длительного времени специалистами различных отраслей знания (демографами, экономистами, врачами и др.), позволяют в настоящее время утверждать, что на уровень рождаемости влияет сложный комплекс обстоятельств, играющих далеко не одинаковую по своей значимости роль.

Попробуем разобраться в этом нелегком вопросе, следуя от более простых положений к более сложным.

По материалам XII сессии Комиссии ООН по народонаселению (1963), полная регистрация рождений в настоящее время существует в странах, где проживает только 35% населения мира. Примерно для такого же объема населения данные о рождаемости получаются не путем текущей регистрации, а на основании переписей или выборочных обследований. Для остальной части населения земного шара (30%) эти данные могут быть получены лишь путем приближенной оценки.

По материалам этой же сессии в начале 60-х годов во всем мире рождаемость в среднем составляла 34—36 на 1000 населения. При этом в развивающихся странах она колебалась в пределах 39—42, а в развитых странах ее уровень был почти вдвое ниже (22). Из числа развивающихся стран наиболее высок уровень рождаемости в странах Африки (48) и Латинской Америки (41); несколько ниже в странах Азии (38—41).

Ввиду того что показатель рождаемости, исчисляемый как отношение числа живорождений на 1000 населения, в большой степени зависит от возрастно-полового состава населения, вместо этого «грубого» показателя при анализе демографических процессов следует пользоваться более точными показателями, такими, как показатели общей и брачной женской плодовитости [число живорождений на 1000 женщин плодовитого возраста (15—49 лет) и число живорождений на 1000 замужних женщин этого возраста], и еще более точными показателями повозрастной плодовитости (число живорождений на 1000 женщин каждой возрастной группы).

В этом аспекте представляет интерес метод оценки уровня рождаемости, основанный на расчете трех отношений: а) числа рождений на 1000 браков; б) размеров плодовитости к брачности и в) плодовитости к рождаемости; при этом оптимальные размеры этих трех показателей должны быть соответственно равны примерно 2,5, не менее 10 и не менее 4 [142].

Одной из общеизвестных и бесспорных причин снижения рождаемости являются войны, отрицательное влияние которых сказывается в течение длительного послевоенного периода (отдаленные результаты). Во время войны создается сугубо неблагоприятная демографическая ситуация: снижение рождаемости при увеличении смертности, в результате чего может наступить отрицательный естественный прирост населения. Эта ситуация в послевоенный период переходит в кратковременный, часто именуемый «компенсаторным», подъем рождаемости, объяснение которому легко найти в изменении семейных условий основных масс населения в результате возвращения из армии женатых мужчин и заключения новых браков, многие из которых были задержаны войной. Через некоторое время «компенсаторный» подъем рождаемости начинает спадать и устанавливается новый ее уровень, не всегда достигающий довоенного.

На протяжении первой половины XX века население нашей планеты дважды пережило мировые войны. Динамика рождаемости в большинстве стран мира в связи с войнами в основном подтверждает высказанные ранее положения. После первой мировой войны (1920) отмечался кратковременный подъем рождаемости не только во всех принимавших участие в войне странах, но и в ряде стран, в ней не участвовавших.

После второй мировой войны наблюдалось примерно аналогичное положение с той лишь разницей, что группа воевавших стран значительно расширилась, а уровень рождаемости в последующие годы в большинстве стран не достиг довоенного.

Снижение рождаемости, происходящее в настоящее время в Индии, связано с особыми условиями экономического развития этой страны после ее освобождения из-под ига английского владычества.

В СССР в годы первой мировой и гражданской войн и борьбы с интервенцией рождаемость сократилась, но в 1926 г. она еще имела высокий уровень: 1913 г.— 45,5, 1926 г.—44,0 на 1000 населения. Перед второй мировой войной в 1940 г. рождаемость в СССР, претерпев ряд изменений в сторону как снижения, так и повышения, составляла 31,2 на 1000 населения. Естественно, что в период Великой Отечественной войны рождаемость в СССР резко сократилась[1].

Не подлежит сомнению, что на уровень рождаемости оказывает отрицательное влияние диспропорция между числом мужчин и женщин производительного возраста.

В результате второй мировой войны, которая для СССР была Великой Отечественной войной, в стране произошли значительные изменения в возрастно-половом составе населения. В 1959 г. по сравнению с 1926 г. (годы переписей населения) резко изменились соотношения между мужской и женской частью населения СССР, особенно в возрасте старше 32 лет.

Год	Доля в процентах	
	мужчин	женщин
1926[2]	48	52
1959[3]	45	55

В последующие годы эта диспропорция уменьшается, передвигаясь на более старшую возрастную группу. Так, в 1966 г. диспропорция между численностью мужчин и женщин сохранялась только в возрастных группах 40 лет и старше, а процент мужчин среди всего населе-

[1] СССР в цифрах в 1967 г. М., 1968, стр. 12.
[2] Статистический справочник СССР 1928 г. М., 1929, стр. 31.
[3] Итоги Всесоюзной переписи населения, 1959 г. СССР, 1962, стр. 248.

ния страны составлял 45,8; численность мужчин в возрасте моложе 40 лет по сумме этих возрастов превышала численность женщин. Такое положение не могло не отразиться на уровнях всей и повозрастной общей плодовитости за послевоенные годы, ибо от соотношения полов в производительных возрастах зависят и размеры брачности.

Ввиду того что при заключении брака женщина обычно бывает несколько моложе мужчины, в нашей стране в связи с еще сохраняющейся неблагоприятной половой пропорцией (перевес женщин в возрасте 40 лет и старше) среди женщин, в особенности в возрасте 30 лет и старше, имеется значительная доля незамужних. Надо полагать, что именно это обстоятельство является одной из причин значительного темпа снижения общей плодовитости в СССР в более старших возрастных группах (начиная с 30 лет) по сравнению с молодыми.

Меньше всего изменились в послевоенные годы размеры плодовитости женщин наиболее молодого возраста (до 20 лет), что может быть результатом снижения возраста вступления в первый брак. Так, в СССР среди всех женщин, вступавших в брак, процент лиц моложе 20 лет увеличился за период с 1963 г. по 1965 г. с 12,9 до 20,6. Возможно, в этом немалую роль играет отмечаемая в последние годы акселерация[1]. Ранние браки стали характерны также для Франции и большей части стран Западной Европы.

По мнению некоторых авторов (147), возраст вступления в брак является главным фактором, определяющим возрастную плодовитость. Однако неблагоприятные изменения возрастно-полового состава населения не могут оказывать влияние на уровень показателей повозрастной брачной плодовитости, а именно этот показатель в СССР за последнее время снизился весьма значительно, особенно у женщин старших возрастных групп.

Очевидно, существуют какие-то другие причины, обусловливающие непрерывное, на протяжении длительного периода времени снижение рождаемости, общей и брачной повозрастной плодовитости в большинстве экономически развитых стран мира, как капиталистических, так и социалистических. Среди таких причин первенство, бесспорно, принадлежит общественному поло-

---

[1] Вестник статистики, 1966, № 12, стр. 89.

жению женщины, степени ее вовлечения в общественное производство.

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов указывают на наличие связи между уровнем рождаемости и степенью материальной обеспеченности семьи, культурным уровнем родителей, обеспеченностью населения жильем и рядом других социальных факторов. Направление и характер этих связей настолько сложны и многообразны, что до последнего времени в их трактовке существовали прямо противоположные точки зрения.

Еще недавно некоторые отечественные авторы ошибочно утверждали, что для социализма характерна высокая и все возрастающая рождаемость. Стоять на этих позициях в настоящее время невозможно потому, что данные конкретной действительности резко разошлись с надуманными концепциями: во всех европейских социалистических странах рождаемость снижается. К сожалению, в отечественной литературе эти вопросы до последнего времени получали весьма скромное освещение. С большим запозданием, только в 1957 г., были опубликованы материалы специального бюджетного исследования, полученные анамнестическим методом еще в начале 30-х годов[1].

Исследование это охватило 10 000 женщин за 20 лет их брачной жизни (1914—1933). Оно показало, что в 1933 г. показатель плодовитости на 1000 женщин, занятых общественным трудом, составлял 87,7, в то время как у незанятых в нем он был почти вдвое выше — 169,1.

Бюджетные исследования ЦСУ СССР, проведенные в 1960 г. также с помощью анамнестического метода [11], охватили 54 500 женщин — работниц, служащих, колхозниц — в возрасте 17 лет и старше. Программа статистической разработки материала предусматривала возможность получения данных о рождаемости по возрасту матери за 5 лет (1955—1959), а показатели рождаемости были высчитаны за весь период плодовитости.

Результаты анализа этих материалов показали, что в возрастной структуре работниц и служащих преобладает по сравнению с колхозницами возраст 25—34 лет,

---

[1] С. Г. Струмилин. К проблеме рождаемости в рабочей среде. В сб.: Проблемы экономики труда. Госполитиздат, М., 1957.

тогда как младшая (17—24 года) и старшая (40—49 лет) возрастные группы занимают относительно меньшее место. Состоящих в браке женщин в городах (работниц 68%, служащих 71%) относительно больше, чем на селе (колхозниц 61%). Это же показали и материалы переписи населения 1959 г. Сельские жительницы вступают в брак в среднем раньше, чем горожанки.

Уровень рождаемости у незанятых общественным трудом женщин-иждивенок, рабочих и служащих во всех возрастных группах оказался выше, чем у занятых этим трудом, однако в сельских условиях эти различия были менее выражены. Подобный факт, многократно подтверждавшийся и в других исследованиях, еще не нашел удовлетворительного единого объяснения. Что здесь является причиной и что следствием: рожает ли женщина меньше потому, что работает, или работает потому, что небольшое число детей позволяет ей это, остается недостаточно ясным.

В семьях городских работниц и служащих наиболее высокий показатель рождаемости имеется в группах с минимальным доходом на одного члена семьи. И этот факт, также многократно подтверждаемый в других исследованиях, пока не получил достаточно удовлетворительного объяснения. Что в этом случае является первостепенным обстоятельством: меньший доход на одного члена семьи потому, что семья большая и в ней много детей, или детей много потому, что доход семьи небольшой. Надо думать, что занятость матери в общественном производстве, уровень материальной обеспеченности семьи и ее размеры (число детей) тесно связаны и представляют единый комплекс. Невозможно и нецелесообразно рассматривать каждое из этих явлений в отдельности.

В ГДР (66) в 1959 г. из каждых 100 матерей, родивших ребенка, работало:

Который по порядку рождения ребенок	Процент работающих матерей
Первый	81,5
Второй	48,8
Третий	39,2
Четвертый	35,4
Пятый	32,1
Шестой	29,1
Седьмой	27,2
Восьмой	23,8

В СССР в 1958—1959 гг. (табл. 56) повозрастные показатели рождаемости в зависимости от общественной группы матери выглядели следующим образом[1].

Таблица 56

Повозрастные показатели рождаемости в различных общественных группах[1]

Возрастная группа	Рабочие и служащие		Колхозницы, работающие и находящиеся на иждивении
	работающие	находящиеся на иждивении	
15—49 лет[1]	79,6	93,5	99,0
В том числе в возрасте:			
моложе 20[2] лет	32,5	27,2	28,4
20—29 лет	138,3	199,3	185,2
30—39 „	67,6	101,5	122,6
40—49 „	7,1	13,4	20,5

[1] Включая родившихся у матерей более старшего возраста.
[2] Условно взято число женщин в возрасте 15—19 лет.

Что касается жилищных условий, то во всех общественных группах у женщин, находящихся в лучших жилищных условиях (отдельная квартира или дом, две или одна своя комната в общей квартире), плодовитость выше, чем у женщин, проживающих в общежитиях.

В 1960 г. в Институте имени Н. А. Семашко под нашим руководством была проведена работа (Н. А. Таубер)[2], охватившая 4500 женщин в одном из небольших подмосковных городов (около 40 000 населения). Были опрошены женщины в возрасте от 15 до 54 лет; при этом фиксировались события, начиная с 1949 г. Разработка материалов выявила, что брачная плодовитость у занятых общественным трудом женщин на 13% ниже, чем у неработающих (88 против 101), чем выше доход семьи (в среднем на одного члена), тем ниже уровень брачной плодовитости. Однако в более обеспеченных семьях (30—50 и 50—70 рублей на одного члена семьи в месяц) положение иное — брачная плодовитость работающих женщин выше, чем неработающих (113 и 98, 87 и 79 соответ-

[1] А. М. Вострикова. Некоторые данные о рождаемости в СССР. Вестник статистики, 1962, № 12.
[2] Проблемы демографической статистики. Изд-во «Наука». М., 1966, стр. 128—145.

ственно). При высоком экономическом уровне семьи (70 рублей в месяц и выше на одного члена семьи) брачная плодовитость почти одинакова в обеих группах женщин, как занятых, так и не занятых общественным трудом. При одинаковом метраже жилой площади в среднем на одного члена семьи в отдельной квартире плодовитость выше, чем в общей, а наличие отдельной квартиры благоприятствует рождению второго ребенка.

По данным венгерских исследователей (Klinger, 1964), уровень образования матери прямо противоположен числу детей в семье. Однако отмечается, что у женщин, окончивших университет, плодовитость выше, чем у имеющих только среднее образование.

В одной из публикаций (143) на основании данных по 44 странам мира сдалан вывод об обратной связи, существующей между уровнем питания (количество калорий на душу населения) и размерами рождаемости (число живорожденных на 1000 населения). Связь эта имеет довольно значительные размеры: в 1961 г. коэффициент корреляции был равен 0,60, а в 1963 г.— даже 0,68.

Наше исследование искусственного аборта в СССР как одного из наиболее распространенных методов регулирования числа детей в семье в условиях его разрешения законом, в частности причин, заставляющих женщину прибегать к аборту, проведенное в эти же годы путем опроса, позволило уяснить ряд интересных обстоятельств.

В соответствии с территориальными особенностями женской плодовитости аборт встречается чаще в городах, чем в сельских местностях. Естественно, что среди женщин, прервавших беременность, преобладают лица наиболее плодовитого возраста (20—34 года). Многочисленные данные литературы по различным странам подтверждают это положение.

Подавляющее большинство женщин, имевших аборты, состояло в браке; при этом процент замужних в городах был несколько выше, чем в селах, что соответствует материалам переписи населения 1959 г. Наблюдения зарубежных авторов подтверждают это положение. Распространенность абортов (число их на 1000 женщин каждой группы) у самодеятельных женщин значительно выше, чем у несамодеятельных.

В отличие от данных, касающихся возрастной структуры и семейного положения, эти соотношения в других

странах отличаются от наших материалов меньшей долей занятых в общественном труде женщин. Это, очевидно, зависит от условий социальной среды, являющихся определяющим фактором трудовой деятельности женщины.

В наших наблюдениях обращает на себя внимание довольно значительная доля женщин, прервавших первую беременность. Многие женщины, имевшие аборты, подвергались этой операции вторично в одном и том же году. Все это является результатом недостаточных знаний молодых женщин в отношении применения противозачаточных средств.

Данные о числе детей в семье на момент опроса позволяют утверждать, что женщины начинают регулировать число детей в городах после первого ребенка, а в селах — после второго.

В СССР происходит уменьшение средней численности членов семьи. По материалам ЦСУ, в 1939 г. на одну семью в СССР приходилось в среднем 4,1 человека, а в 1959 г.— 3,7. На селе размеры семьи (3,9) больше, чем в городе (3,5), однако эта разница постепенно сглаживается за счет больших темпов снижения средней численности членов семьи на селе, где процент малых семей составил в 1959 г. 48,2 против 37,2 в 1939 г.[1].

Постепенное уменьшение размеров семьи подтверждается также резким преобладанием среди новорожденных первых и вторых по счету детей (61,7% в 1965 г., 63,3% в 1964 г., 63,7% в 1963 г. и 64,8% в 1962 г.)[2]

Много исследований проведено в последнее время по вопросу выяснения факторов, влияющих на уровень рождаемости за рубежом, в частности в странах народной демократии. Так, в Чехословакии государственная комиссия по вопросам народонаселения в 1961 г. обследовала около 8000 женщин в семьях, составляющих бюджеты для ЦСУ, из них около 60% самодеятельных и 40% несамодеятельных. Среднее число детей в обеих группах составило 2,07; при этом у домашних хозяек оно было выше (2,24), чем у женщин, занятых общественным трудом (1,96). Отсюда следует, что женщина предпочитает занятость общественным трудом и в связи с этим регулирует число детей (160).

---

[1] И. Ю. Писарев. Население и труд в СССР. Изд-во «Экономика», 1966, стр. 126 и 127.

[2] Вестник статистики, 1966, № 12, стр. 82.

Большое внимание изучению факторов, влияющих на уровень плодовитости, уделяется в Венгрии в связи с низкой рождаемостью в стране, в результате чего среднее число детей в семье с 1949 по 1960 г. уменьшилось с 1,5 до 1,3.

На основании специального исследования (147) выяснилось, что более половины (63%) замужних женщин планирует число детей уже при вступлении в брак; в дальнейшем процент их увеличивается и достигает 76. Планирование числа детей связано с общественной группой, родом занятий, образованием и самодеятельностью женщины и почти не связано с ее возрастом. Среди сельских жительниц регулировали рождаемость при вступлении в брак 52%, среди работниц — 61%, а среди служащих — 71%. Женщины, имеющие высшее образование, планировали число детей при вступлении в брак чаще, чем квалифицированные служащие (81% против 71%). На селе женщины из группы членов производственных кооперативов, самостоятельных хозяев и квалифицированных рабочих делали это чаще, чем неквалифицированные работницы и колхозницы (55% против 44%).

Во всех социально-профессиональных группах уровни планирования размеров семьи выше у женщин, занятых в общественном производстве (72% против 57%).

При опросе занятых общественным трудом женщин в 18 000 семей с различным числом детей выяснилось, что чем больше детей, тем меньший процент женщин желает продолжать свою работу вне семьи. По-видимому, одним из основных стимулов регулирования рождаемости является массовое вовлечение женщин в общественный труд и общественную жизнь.

Тот факт, что чем больше женщин вовлечено в производительный труд, тем ниже их плодовитость, был отмечен еще в конце прошлого столетия. Так, Джон Стюарт Милль (1806—1873) в своей работе «О подчиненности женщин» писал, что труд в значительной мере отвлекает женщину от деторождения. Его современник Н. Г. Чернышевский (1826—1889) считал, что каждое улучшение в общественном положении женщины должно иметь своим результатом сокращение рождаемости.

В экономически отсталой дореволюционной России, по уровню рождаемости стоявшей на одном из первых мест в Европе, из каждой сотни занятых наемным трудом женщин 80 работали домашней прислугой и батра-

чили и только 13 были заняты в промышленности и на подсобных работах в строительстве, а 4 работали в просвещении и здравоохранении (среди врачей женщин было только 10%). Среди женщин в возрасте 9—49 лет в то время 86,3% были неграмотными.

Великая Октябрьская социалистическая революция раскрепостила женщину и дала ей равные права с мужчиной. За годы Советской власти положение женщины в народном хозяйстве страны резко изменилось. В СССР по переписи 1959 г. почти половину общей численности лиц, занятых в народном хозяйстве (48%), составляли женщины[1]. К 1966 г. их удельный вес еще более повысился (50%). При этом среди лиц, занятых в промышленности, женщины составляли 47%, в связи — 66%, в торговле, общественном питании, заготовках и материально-техническом снабжении — 73%, в здравоохранении —85%, в просвещении, в кредитных и страховых учреждениях —72%. Среди инженеров с высшим образованием женщин было 30%, а среди техников со средним специальным образованием —38%. Среди специалистов с высшим и средним специальным образованием в 1928 г. было 29% женщин, а на 15 ноября 1966 г. их стало 58%[2].

В 1913 г. в царской России среди рабочих машиностроительной и металлообрабатывающей промышленности женщины составляли всего 4%, а в 1959 г.—39%[3].

Среди научных работников женщины в 1966 г. составляли 38%, среди аспирантов их было 27%, при этом 1200 женщин являлись академиками, членами-корреспондентами, профессорами; 19 300 женщин имели ученос звание доцента или старшего научного сотрудника[2]. Все это до известной степени поясняет причины снижения рождаемости в СССР. Регулирование же рождаемости путем искусственных абортов является следствием того, что женщины недостаточно знакомы с вредом аборта и техникой применения противозачаточных средств.

Наше многолетнее исследование распространенности искусственного прерывания беременности (аборта) в СССР и его роли в регулировании рождаемости позволяет сделать некоторые выводы.

---

[1] Женщины и дети в СССР. М., 1963, стр. 41.
[2] Женщины в СССР. Вестник статистики, 1968, № 1, стр. 86—91.
[3] Женщина в СССР. Госстатиздат, 1960, стр. 8.

На основании материалов 1937—1939 гг. можно утверждать, что в 1936 г. не было достаточных оснований для запрещения аборта. Это запрещение не ликвидировало аборты, а лишь загнало их в подполье, дав весьма незначительный эффект в виде кратковременного подъема рождаемости.

Причины, вынуждавшие женщин прибегать к аборту, не были сняты его запрещением. Поэтому, несмотря на запрет, советские женщины продолжали прибегать к искусственному прерыванию беременности как к мере регулирования числа детей. Проведенная нами в тот период работа показала, что зарегистрированный аборт, произведенный вне лечебного учреждения, в 1940 г. в больших городах возрос в 2—3 раза по сравнению с 1936 г. и составлял 90% абортов, учтенных в стране. В период запрета, естественно, не было возможности получить сведения о всех имевших место в действительности абортах: можно было знать только о тех нелегальных абортах, которые закончились кровотечением или другими явлениями, заставившими женщину вопреки боязни огласки и возможного общественного порицания обратиться за помощью в медицинское учреждение. Как правило, в этих случаях все женщины при опросе заверяли, что прерывание беременности произошло самопроизвольно.

Отмена запрета аборта в 1955 г. была вполне своевременной и правильной. Нет ничего удивительного в том, что количество зарегистрированных абортов после отмены их запрета сразу увеличилось, ведь легализация вывела из подполья дотоле нерегистрируемые криминальные аборты. Лучшим доказательством этого служит то, что, несмотря на значительное увеличение количества зарегистрированных абортов, уровень рождаемости в стране снизился относительно мало. Разрешение абортов не привело к полной ликвидации криминального прерывания беременности, нередко влекущего за собой вторичное бесплодие, а иногда даже смерть женщины. Хотя смертность от аборта невелика, не следует забывать, что все случаи смерти такого рода, за очень редким исключением, вызваны криминальным абортом.

К числу наиболее вероятных причин неполного аборта в период полной свободы этой операции можно отнести следующие: 1) некоторые женщины не хотят предавать гласности совершаемый ими аборт и потому не идут

в больницу, где он будет зарегистрирован, а обращаются для производства аборта к частному лицу, часто не имеющему медицинского образования; 2) не все женщины достаточно осведомлены об опасности внебольничного аборта; 3) запрет производить аборт ранее чем через 6 месяцев после предыдущего; 4) недостаток коечного фонда для производства абортов, в связи с чем создаются очереди; опасаясь пропустить срок, когда аборт еще разрешен, женщина обращается к абортмахеру.

Очевидно, в целях борьбы с неполным абортом необходимо устранить эти причины. Вместе с тем нельзя думать, что это частное дело, не касающееся интересов государства. Государство заинтересовано в поддержании рождаемости на определенном уровне, поэтому необходимо обеспечить семейным женщинам жизненные условия, создающие стимул для рождения такого количества детей, которого было бы достаточно для расширенного воспроизводства населения.

В настоящее время женщины в СССР регулируют число детей в семье, поэтому необходимо стремиться к тому, чтобы они осуществляли это регулирование с помощью контрацептивов, а не путем аборта, который вредит здоровью женщины, особенно первобеременной, даже если он произведен в больнице врачом.

Работа, проведенная в Ленинграде (51) на материалах 9839 карт беременных за 12 лет, показала, что акушерская патология (гипотонические кровотечения, слабость родовой деятельности, асфиксия плода, несвоевременное отхождение околоплодных вод) с течением времени возрастает. Так, если в 1955 г. она составляла 29,6% от всего числа живорожденных, то в 1964 г. процент родов с этой или иной акушерской патологией вырос до 53,4. Доля первородящих среди всех родивших женщин также значительно увеличилась. В 1947 г. их было 49,4%, в 1963—1964 г.— уже 71,9%.

По этим же данным, в 1963 г. в Ленинграде у 38% первородящих имелись в анамнезе искусственные аборты, тогда как в 1956 г. их было вдвое меньше (16,5%).

В 1956 г. на каждую родившую женщину приходилось в среднем 0,6 предшествующего искусственного аборта, а в 1964 г. 1,6.

В работе И. П. Катковой (23) приведены результаты наблюдений над 400 семьями, проживающими в одном

районе большого города, которые заключили свой первый брак в 1960 г., будучи в возрасте до 20 лет. Наблюдением было охвачено 5 лет их брачной жизни (ретроспективно). Выяснилось, что за 5 лет брака почти у всех женщин наступила беременность (95,7%). Примерно одинаковое число женщин не делало аборта (26%) или имело один аборт (28%), 2 раза прерывали беременность 32% женщин и более чем 2 раза — 14%.

У $1/_5$ наблюдавшихся женщин (20,9%), имевших аборты, была прервана первая беременность, которая наступала чаще всего на первом году брака.

В настоящее время во всем мире поиски противозачаточных средств ведутся в четырех направлениях: 1) задержка овуляции путем приема per os в определенные дни соответствующих препаратов (лучше не чаще одного раза в месяц); 2) предупреждение развития яйца (антизиготные средства) — в этом случае идеалом является прием препаратов per os после полового сношения в течение короткого времени; 3) задержка или остановка сперматогенеза (прием средства мужчинами) при обязательном условии, чтобы не нарушалось либидо; 4) усовершенствование механических средств, вводимых в матку; среди них наиболее приемлемым считается спираль или колечко из мягкой пластмассы (3, 10). Все эти средства не получили пока распространения в нашей стране, так как безопасность их для организма женщины или мужчины полностью не доказана.

В СССР над поисками противозачаточных средств работает Всесоюзный научно-исследовательский химико-фармацевтический институт. В настоящее время в стране не хватает достаточно эффективных противозачаточных средств, а с теми, которые есть, женщины не умеют правильно обращаться. Врачи же не ведут интенсивной деятельности в этой области, что является недостатком работы женских консультаций и родильных домов. Необходимо обеспечить соответствующее половое воспитание населения, особенно молодежи, начиная со школьного возраста.

Что касается дополнительных мероприятий по поощрению рождаемости, которые уже в настоящее время следует начать проводить в тех местностях СССР, где нет расширенного воспроизводства населения, то, по нашему представлению, это следует делать по нескольким линиям.

Первая из них — упорядочение общественной трудовой деятельности женщины-матери. Необходимость работать наравне с мужчиной и одновременно нести обязанности по воспитанию детей и ведению домашнего хозяйства приводит к стремлению женщины ограничивать число детей в семье. Для изменения этого положения речь, очевидно, должна идти не о «возвращении женщины в кухню», а о создании для нее облегченных по сравнению с мужчиной условий работы. Эти условия могут получить конкретное выражение прежде всего в праве для женщины, имеющей маленьких детей, не работать в течение первых лет жизни ребенка (1—3 года) с сохранением за ней частичной заработной платы и права вернуться на работу, когда она этого пожелает. В дальнейшем такая женщина должна иметь право работать неполный рабочий день (полставки или полсмены) в течение того срока, который ей необходим для воспитания детей. Должен быть пересмотрен список профессий, в которых запрещается работать женщинам, так как в настоящее время женщины продолжают работать там, где применяется тяжелый физический труд.

Отрасли промышленности, где заняты преимущественно женщины (текстильная и др.), до настоящего времени недостаточно механизированы и автоматизированы, вследствие чего работницы подвергаются таким воздействиям, как вибрация, шум, высокая температура и пр. Это положение должно быть устранено введением комплексной механизации в отраслях промышленности, где в большем объеме применяется труд женщин.

Вторая линия, тесно связанная с первой,— это упорядочение условий быта семьи (жилище, питание, воспитание детей, отдых). В настоящее время в результате большого размаха жилищного строительства в значительной степени устранена нужда в жилой площади. Однако вопрос о жилище для семьи не определяется только квадратными метрами площади. Семья должна иметь возможность менять квартиру в связи с изменением количества членов семьи. Так, молодоженам до рождения первого ребенка достаточно однокомнатной квартиры; при рождении ребенка им следует предоставить двухкомнатную квартиру. Когда дети становятся взрослыми и селятся отдельно от родителей, последние снова могут жить в однокомнатной квартире. В перспективе для улучшения жилищных условий следует строить: а) специали-

зированные дома для молодоженов, пожилых семейных пар и др., б) дома-комплексы, обеспечивающие жильцам бытовое и культурное обслуживание (столовая, прачечная, кино, детские учреждения и т. п.).

Дальнейшее развитие должно получить общественное питание, под которым следует понимать не только совместное принятие пищи (столовые, кафе, рестораны), но обязательно широкое производство полуфабрикатов и доставка их на дом. Сюда же относится и обеспечение семьи другими бытовыми услугами (прачечные, парикмахерские, ателье по пошиву и починке одежды и обуви и пр.).

Школы и детские воспитательные учреждения должны обеспечить более длительное пребывание в них детей в течение времени, когда родители нуждаются в этом, чтобы дети не оставались без надзора и не «воспитывались» улицей.

Наконец, необходимо введение материального поощрения деторождения — так называемые семейные надбавки, которые, по нашему мнению, следует установить, начиная со второго ребенка.

Дело советских экономистов и демографов разработать и предложить конкретные рекомендации относительно размеров пособий и порядка их выдачи. Этот сложный вопрос, возможно, следует решать дифференцированно в различных частях нашей страны.

Аборт, основная тема настоящей работы, представляет собой лишь один из наиболее распространенных способов регулирования числа детей в семье. Разрешение искусственного аборта законом в большинстве социалистических стран представляет собой положительный факт, что было признано и на V Международном конгрессе акушеров и гинекологов, проходившем в 1967 г. в Австралии (38).

Для повышения уровня рождаемости необходимо создавать такие условия, при которых родители хотели бы иметь не одного, а 2—3 детей, т. е. столько, сколько необходимо для нормального воспроизводства населения.

В случае нежелания иметь ребенка женщины и мужчины должны обладать необходимыми знаниями и средствами для предупреждения беременности. Если же нежелаемая беременность все же наступила, следует сохранить за женщиной право прибегнуть к искусственному аборту.

ЛИТЕРАТУРА

а) Отечественная

1. Ленин В. И. Рабочий класс и неомальтузианство. Изд. 5-е, т. 23.
2. Арешев Г. Я. Социальный аборт в ССР Армении по данным акушерско-гинекологической клиники в Эривани. Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1928.
3. Акушерство и гинекология в СССР. Хроника ВОЗ, 1966, 20, 2, 56—60.
4. Беляева Е. Ф. Патолого-гистологические данные к вопросу о социальной вредности искусственного аборта. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930.
5. Бендерская Б. А. Аборт (автореферат). Труды I Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1928.
6. Бубличенко Л. И. Заболеваемость и смертность при родах сравнительно с выкидышами (Ленинград). Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров. М., 1925.
7. Вавра З. Динамика рождаемости в Чехословацкой Социалистической Республике. Вестн. статист., 1963, 10.
8. Вербенко А. А., Ильин С. Е., Чусова В. Н. К вопросу организации борьбы с абортами. Вопр. охр. мат. и дет., 1965, 8, 80—83.
9. Они же. Эффективность противозачаточных средств и методика ее расчета. Акуш. и гин., 1965, 3, 40—45.
10. Внутриматочные противозачаточные механические средства. Хроника ВОЗ, 1966, 20, 10, 379—382.
11. Вострикова А. М. Некоторые данные о рождаемости в СССР. Вестн. статист., 1962, 12.
12. Выгодский Я. Е. Искусственный выкидыш как с научной, так и с общественной точки зрения. Реферат доклада на XII Пироговском съезде. Русск. врач, 1913, 28.
13. Гароди Р. Идеологическая борьба Французской коммунистической партии. «Правда» от 16 октября 1956.
14. Генс А. Б. Проблема аборта в СССР. М., Госмедиздат, 1929.
15. Гофман Г. Е., Лызиков Н. Ф. Работа женской консультации Здравоохр. БССР, 1958, 2.
16. Григорьева Н. Н. Здоровье женщины. «Медицинский работник» от 28 июня 1960 г.
17. Женщина в СССР. Госстатиздат, 1960.

17а. Женщины и дети в СССР. М., 1963.

18. Женщины в СССР. Вестн. статист., 1968, 1.
19. Жорданиа И. Ф. Аборт. БМЭ. Изд. 2-е, 1956, т. 1.

20. Зайдлер П. К вопросу о показаниях к предотвращению беременности. Дневник III съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова, 1889, 2.
20а. Заремба З. Женщина в обществе и семье. В сб.: Рождаемость и ее факторы. Изд. стат-ки, 1968.
21. Иткина Е. О. Задачи женской консультации в борьбе с абортами. Сборник научных работ, посвященный 100-летию 1-й городской клинической больницы Ярославля. Ярославль, 1962.
22. Карлин М. Я. К вопросу о частоте и последствиях выкидышей. Труды VI Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. М., 1925.
23. Каткова И. П. Некоторые социально-гигиенические аспекты детородной функции у молодых женщин. Автореф. диссс. канд. М., 1968.
24. Клинова Н. И., Осипова З. А. Об осложнениях после операции искусственного выкидыша (по материалам Читинского роддома за 1958 г.). Сборник научных трудов Читинского медицинского института. В. 2. Чита, 1960.
25. Кульбаева К. Ж. Первые роды при отягощенном акушерском анамнезе. Автореф. дисс. канд. М., 1966.
26. Ковригина М. Д. О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания населения. М., 1956.
27. Лебедева В. П. Итоги и перспективы работы по охране материнства и младенчества. IV Всесоюзный съезд по охране материнства и младенчества, 1—7 июня 1929 г. Москва.
28. Личкус Л. Г. Искусственный преступный выкидыш (доклад на XII Пироговском съезде в реферативном изложении). Русский врач, 1913, 28.
29. Максимайтене Д. А. Ближайшие и отдаленные последствия прерывания беременности в районе обслуживания республиканской Каунасской клинической больницы за 1956—1957 гг. Тезисы докладов 10-й научной конференции преподавателей Каунасского медицинского института. Каунас, 1961.
30. Мельникова Л. Н., Кузнецова Л. И. Непосредственные и отдаленные осложнения при искусственном аборте. Тезисы докладов XXXI итоговой научной конференции медицинского института. Алма-Ата, 1960.
31. Молохов А. Н. Аборт и неврозы. Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1961, 61, 10.
32. Неру Дж., Открытие Индии. М., 1955.
33. Никончик О. К. Международный конгресс по проблемам рождаемости и бесплодия. «Медицинский работник» от 11 августа 1959 г.
34. Никончик О. К. Женская консультация и аборты. «Медицинский работник» от 19 октября 1962 г.
35. Никончик О. К. Дальнейшие пути снижения числа абортов. Акуш. и гин., 1963, 2.
36. Осадчая О. В. Непосредственные и отдаленные результаты операции искусственного аборта. Рефераты научных работ 19-й итоговой научной сессии Витебского медицинского института. Витебск, 1961.
37. Персианинов Л. С., Никончик О. Больше внимания проблеме контрацепции. «Медицинский работник» от 16 июня 1959 г.
38. Персианинов Л. С. и др. V Международный конгресс гинекологов. Акуш. и гин., 1968, 3.

39. Писарев И. Ю. Население и труд в СССР. Изд-во «Экономика», 1966.
40. Розовский И. С. Аборт и его последствия. Сов. мед., 1960, 2.
41. Розовский И. С. Влияние искусственного аборта на гинекологическую заболеваемость женщин. Сборник научных трудов Института акушерства и гинекологии. М., 1961.
42. Рубакин А. Н. Империализм и ухудшение здоровья трудящихся. М., 1959.
43. Садвокасова Е. А. Аборт как социально-гигиеническая проблема. Дисс. М., 1965.
44. Садвокасова Е. А. Некоторые социально-гигиенические аспекты изучения аборта (по материалам специального исследования в ряде городов и сельских местностей РСФСР за 1958—1959 гг.). Сов. здравоохр., 1963, 3.
45. Семенов Ю. И. На конгрессе Международного института социологии в Ливане. Вестн. АН СССР, 1958, 2.
46. Сердюков М. Г. Искусственный аборт как биологическая травма и ее последствия. Труды I Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1928.
47. Стрельников Б. Тяжелая участь. «Правда» от 12 января 1968 г.
48. Струмилин С. Г. К проблеме рождаемости в рабочей среде. В кн.: Проблемы экономики. Госполитиздат, 1957.
49. Тальберг Н. В. О преступном выкидыше с медицинской и социальной точки зрения и о мерах борьбы против прогрессивного увеличения числа случаев преступного выкидыша. Дневник III съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова, 1889, 8.
50. Тельнова Р. Наш опыт предупреждения беременности. «Медицинский работник» от 25 апреля 1958 г.
51. Туроверова Н. Характеристика контингентов родивших в послевоенные годы в Ленинграде. Здравоохранение Российск. Федерации, 1967, 1.
52. Труды I съезда акушеров-гинекологов РСФСР. Л., 1961.
53. Таубер Н. А. Влияние некоторых условий жизни на уровень брачной плодовитости. Проблемы демографической статистики. Изд-во «Наука», 1966.
54. Ульяновский Л. В. О новых путях борьбы против распространения искусственного аборта. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930.
55. Урланис Б. Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. Госстатиздат, 1963.
56. Урланис Б. Ц. Динамика и факторы рождаемости в СССР. В сб.: Вопросы народонаселения и демографической статистики. М., 1966.
57. Урланис Е. Б. Демографическая политика и рождаемость в социалистических странах. Автореф. дисс. канд. М., 1968.
58. Хроника ВОЗ, 1965, 19, 8.
59. Цирульников М. С., Хентов Р. А. О применении некоторых противозачаточных средств и учете их эффективности в женской консультации. Вопр. охр. мат. и дет., 1960, 6.
60. Чернецкий О. Е. Организационные мероприятия по предупреждению абортов. Материалы областного совещания по охране здоровья женщин 18—20 октября 1960 г. Ростов-на-Дону, 1962.

61. Чернецкий О. Е. Организация работы по снижению абортов. Сов. здравоохр., 1961, 6.
62. Чунихин И. Н. К статистике выкидышей и преждевременных родов среди народонаселения России. СПб., 1894 (9 страниц извлечений из «Трудов V съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова»).
63. Шварева З. А., Красовский Н. Н., Макарьев Ф. А. Первичные результаты операции искусственного аборта. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930.
64. Шорр Б. Планирование семьи в Индии. Здравоохр., 1966, 1.
65. Шуб Р. Л., Микис Б. К., Яаманис С. Д. Ближайшие и отдаленные результаты после операции искусственного аборта. Сборник научных работ Рижского медицинского института, 1961, 2, XI.
66. Эрненбек Ф. Эволюция плодородности в ГДР и законы народонаселения при социализме. Здравоохр., 1966, 3.

б) Официальные документы

67. Об отмене запрещения абортов (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г.). В кн.: Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958, стр. 333.
68. О легализации аборта. Постановление Наркомздрава и Наркомюста от 28 ноября 1920 г. В кн.: Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958, стр. 63.
69. О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многосемейным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах (Постановление ЦИК и СНК СССР от 26 июня 1936 г.). Там же, стр. 264.

в) Иностранная

На английском языке

70. Abortion in the United States. Report of a conference sponsored by the Planned Parenthood Federation of America. Edited by Mary Steichen Calderone, 1958.
71. Aganori O. Japan's population problem. Ministry of Foreign Affairs. Japan, 1957.
72. Westman A. The Problem of abortion in Sweden. 5 Intern. Confer. on Planned Parenthood, 1955.
73. Baumgartner L., Wallace H. M., Landsberg E. a. Pessin V. The inadequacy of routine reportine of foetal death. Am. J. publ. Hlth, 1949, 39.
74. Borell U. a. al. Legal abortions in Sweden. World med. J., 1966, 13, 3, 74.
75. Collins J. H. Abortions—a study based on 1. 304 cases. Am. J. obstet. a. Gynec., 1951, 62, 3.
76. Griselda Rowntree a. Rachel M. Pierce. Birth Control in Britain. Part 1. Attitudes and Practices among Persons married since the First World War. Population Studies, 1961, XV, 1.

77. Davis A. 2665 cases of abortion. A. clinical survey. Brit. med. J., 1950, 46, 71.
78. Edris Rice Wray M. D., Miguel Schulz—contreros, M. D. Irma Guerrero M. D. a. Alberto Aronda-Rossel M. D. Mexico city. Long—Term Administration of Norethindrone in Fertility Control. JAMA, 1962, 180.
79. Klintskog E. Survey of Legislation on Legal Abortion in Europe and North America. Med. leg. J., 1953, III, XXI.
80. Fertility in Scotland. Brit. med. J., 1956, 8.
81. Foetal, infant and early childhood mortality. V. I. The statistics. Population studies, N. 13. Department of social affairs. Population division. United Nations, New York, 1954.
82. Gille H. Family Welfare Measures in Denmark. Population Studies, 1952, 6 (2).
83. Gordon C. A., Rosenthal A. H., O'Leary J. L. Abortion. Am. J. Surg., 1952, 84, 2.
84. Gold E. M. Observation on abortion. World med. J., 1966, 13, 3.
85. Jhaver P. S. The unsolved problem of population. J. Indian med. ass., 1962, 38, 4.
86. Jasuaki Koguchi. The prevalence of induced abortion in present-day Japan, 5 Intern. Conference on planned Parenthood, 1955.
87. Yuitsu Kitaoka. Some remarks on the overpopulation in Japan. The 5 Intern. Conf. on Planned Parenthood, 1955.
88. Jukio Nakatsu. Survey of induced abortion in Japan. 5 Intern. Conf. planned Parenthood, 1955.
89. Leonard A., Wall M. D. Abortion: ten years experience at Kansas University Medical Centre. Am. J. Obstet Gynec., 1960, 79, 3.
90. Matsunaga Ei. Possible Genetic consequences of Family Planning. JAMA, 1966, 198, 5.
91. Mehlan K. H. Combating illegal abortion in the socialist countries of Europe. World med. J., 1966, 13, 3.
92. Mehlan K. H. The socialist countries of Europe. The intern. conf. on family plan. progr. Geneva August, 1965.
93. Minamizaki J. Problems of population grows in Japan. World med. J., 1961, 8, 6.
94. Minoru Murametsu. Recent Trends in Induced Abortion and sterilization in Japan. The fifth intern. conference on planned Parenthood 1955.
95. Nelson G. A., Hunter J. S. Therapeutic abortion. A ten-years experience. Obst. and Gynec., 1957, 9, 3.
96. Norton Jame F. Donnelly, Anne Lamb. Twenty-one year's experience with a public health contraceptive service. Am. J. Publ. Hlth, 1959, 49, 8.
97. News of Population and Birth Control, 1956, 46.
98. News of Population and Birth Control, 1956, 47.
99. News of Population and Birth Control, 1956, 48.
100. Per Arén. On legal abortion in Sweden. Tentative evaluation of justification of frequency during last decade. Lund 1958. Acta obstetrica et gynecologica, scandinavica, XXXVII, Supplement.
101. Report of the Inter-Departmental Committee on abortion, Ministry of Health home office. London, 1939.

102. Royal Commision on Population Papers, Loss of infant life. Lancet, 1950, 6613.
103. Savitri Thapar. Family planning in India. Population Studies, 1963, XVII, 1.
104. Taussig F. Abortions: Spontaneous and Induced medical and social aspects. St. Louis, Mosby, 1936.
105. Tien H. G. Birth control in Mainland China: Ideology and Politics. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1963, 3.
106. Tietze Chr. An investigation into the incidence of abortion in Baltimore. Am. J. Obstet. Gynec., 1948, 56 (6).
107. Tietze Chr. The clinical effectiveness of contraceptive methods. Am. J. Obstet et Gynec., 1959, 78, 3.
108. The Law on abortion in USA. World med. J., 1966, 13, 3, 90.

На немецком языке

109. Bisch E. Statistisches zur Sohwangershaftsunterbrechung und ihren Komplikationen. Z. ärztl. Fortbild, 1950, 9/10.
110. Dietel H., Keding G. Zum Problem der Müttersterblichkeit. Ergebnisse der Hamburger Landesstatistik von 1958—1962. Münch. med. Wschr., 1964, 106, 2.
111. Dürwald W. Abtreibung und Todesfälle. Dtsch. Gesundheitswes., 1952, 7.
111a. Heiss H. Socialmedizinische Gesichtspunkte zum Problem des Abortus. Mitteilungen der Österr. Saninätsverwaltung, 1955, 56, 12.
112. Internationale Abortssituation. Abortbekämpfung. Antikonzeption. Под ред. K. H. Mehlan. Leipzig, 1961.
113. Mehlan K. H. Das Bild der legalen Schwangerschaftsunterbrechung in der Deutschen Demokratischen Republik. Dtsch. Gesundheitswes., 1958, 19—20.
114. Meisinger. Die Bekämpfung der Abtreibung als politische Aufgabe. Dtsch. Z. ges. gericht. Med., 1940, 32, 4/5.
115. Naujoks H. Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Arch. Gynäk., 1951, 180.
116. Noack H. Erfahrungen der Leipziger Kommision für Schwangerschaftsunterbrechung. Dtsch. Gesundheitswes., 1958, 19—20.
117. Parache E. Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in Spanien. Arch. Gynäk., 1951, 180.
118. Philipp E. Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt. Zbl. Gynäk., 1940, 64, 225.
119. Schaarschmidt W. Bemerkungen über Fertilität und Geburtenhäufigkeit in beiden deutschen Staaten. Dtsch. Gesunheitswes., 1962, 7.
120. Sjövall Alf. Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung in Schweden. Arch. Gynäk., 1951, 180.
121. Schmidt E. Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation (nach geltenden und künftigem Recht). Arch. Gynäk., 1951, 180.
122. Topp G. Abortus und sterilität. Zbl. Gynäk., 1959, 29.

На французском языке

123. Bastide H. Le problème de la limitation des naissances en France. Vie méd., 1960, 5.
124. Deuxième congrès international de moral medicale. Paris, mai, 1966.

125. Dijon H. La limitation des naissances en France. Sem. méd., 1957, 25.
126. Dijon H. Perspectives de population pour l'Europe occidentale. Sem. méd., 1957, 25.
127. Ducharme C. L'avortement (clandestinité ou legalisation?). Paris, 1933.
128. Funck-Brentano P. Les avortements (conference faite a la Faculté de Médicine le 18 novembre 1947). Gasette des Hopitaux, 1948, 2.
129. Gilbert Etienne. Quelques données recentes sur la population en Chine. Population, 1963, 3.
130. Gregoire L. Les moyens anticonceptionelles. Rev. Méd. Liège, 1964, XIX, 2.
131. Lagrona—Weill—Halle—Remarques sur le „Birth. Controle", Gynécol. prat., 1957, VIII, 3.
132. La legislation antinataliste an Japon. Sem. méd. prof. méd. soc., 1961, 39, 11.
133. Mehlan K. H. L'avortement dans les pays socialistes de l'Europe de l'Est et en Chine. Méd. Hyg., 1966, 725 u 729.
134. Mimet P. R. La limitation des naissances an Japon. Sem. méd., 1958, 46.
135. Mimet P. R. L'avortement aux Etats—Unis. Sem. méd., 1960, 1—2.
136. Minamizaki G. Problemes de l'Augmentation de la population an Japon. World Méd. J., 1961, 8, 6.
137. Riviere M., Traissac R. A propos du birth-control. Gynéc. prat., 1957, 8, 1.
138. Sutter Y. et Bastide H. La natalité. Introduction demographique et Statistique. Rev. Prat., 1963, XIII, 18.
139. Sutter Y. et Bastide H. Les causes de reprise de la natalité on France. Rev. prat., 1963, XIII, 18.
140. Trillat P. L'avortement fléan social. La Puériculture, 1952, 1, 2.
141. Taban L. M. Plan de recherche de sept enquêtes comparatives sur la fécondité en Amérique Latine. Population, 1964, 1.
142. Veyret-Verner G. Essai sur de nouveaux moyens quantitatifs d'interprétation de la natalité. Rev. géogr. alpine, 1965, 53, 1.
143. Witthauer K. Связь питания и рождаемости. Geogr. Bll., 1965, 10, 35.

На других европейских языках капиталистических стран

144. Núnez Clavero A. La frecuencia con que se frustan, por aborto la orimera gestacion y subsiquientes (Symposium sobre aborto habitual). Acta Ginec., 1958 (Madrid), 9 (на исп. яз.).
145. Orazio Torri. Le pillole antifecondative possono procurare seri guai. Paesé Sera, 1962, 14—15 (на итал. яз.).

На языках социалистических стран Восточной Европы (кроме ГДР)

146. Acsádi G., Clinger A. Некоторые вопросы плодовитости, планирования семьи и регулирования рождений. Demográfia, 1959, 2—3 (на венг. яз.).
147. Acsádi G. Некоторые факторы плодовитости в Венгрии. Demográfia, 1961, 4 (на венг. яз.).

148. Acsádi G. Методы демографических таблиц и измерения плодовитости. Demográfia, 1967, 2 (на венг. яз.).
149. Borsy Dyala, Йенэ Шаркань. Воздействие искусственных абортов на динамику рождаемости и смертности младенцев. Demográfia, 1963, VI, 4 (на венг. яз.).
150. Barsy Dyula, Miltenyi Karoly. Вопросы об искусственных абортах в свете данных за 1957 г. Demográfia, 1958, 2—3 (на венг. яз.).
151. Вавра Зд. Основные черты воспроизводства населения ЧССР после второй мировой войны. Demografie, 1961, 1 (на чешск. яз.).
152. Величкова Н. Почему у нас снижается рождаемость. Ж. Поглед, 1966, 22 (на болг. яз.).
153. Динамика естественного движения по национальностям Чехословакии. Demográfia, 1967, 1 (на венг. яз.).
154. Dolejsi V. Potratovost v japonsku. Demografie, 1966, 1, 56—59 (на чешск. яз.).
155. Иллеш Г. Экономические аспекты вопроса „Аборты—прирост населения". Demográfia, 1963, VI, 4 (на венг. яз.).
156. Klinger A., Szabady E. Движение структуры населения согласно данным микроценза по состоянию на 1 января 1963 г. Demográfia, 1964, VII, I (на венг. яз.).
157. Miltenyi K. Искусственные аборты в 1957—1959 гг. в Венгрии. Demográfia, 1960, 3—4 (на венг. яз.).
158. Miltenyi K. Социальный и психический фон ограничения рождений. Demogràfia, 1962, 1 (на венг. яз.).
159. Miltenyi K., Szabady E. Положение с абортами в Венгрии: демографические и здравоохраненческие взаимосвязи. Demogràfia, 1964, VII, 2 (на венг. яз.).
160. Procopec J. Замужняя женщина в семье и в занятии—1961 (первая часть). Demografie, 1963, 1 (на чешск. яз.).
161. Андорка Р. Экономические и общественные факторы, влияющие на динамику плодовитости венгерского населения, Demográfia, 1967, 1 (на венг. яз.).
162. Tamásy J. Некоторые предварительные результаты обследований по семейной статистике и статистике семейных бюджетов венгерской переписи населения 1960 г. Demográfia, 1961, 4 (на венг. яз.).
163. Vojta M. Пробный анализ роли показанных абортов для прироста населения в настоящее время. Ceskoslov. gynekol., 1957, 1—2 (на чешск. яз.).
164. Vojta M. Современная проблема самопроизвольных абортов и искусственного прерывания беременности. Prakt. Lek., 1961, 6 (на чешск. яз.).

СОДЕРЖАНИЕ

Садвокасова Елизавета Алихановна

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ РАЗМЕРОВ СЕМЬИ

Редактор *А. М. Мерков*
Техн. редактор *Н. К. Петрова*
Корректор *М. Х. Яшина*
Художественный редактор *Н. И. Синякова*
Переплет художника *В. И. Микрикова*

Сдано в набор 25/XI 1968 г. Подписано к печати 16/V 1969 г. Формат бумаги $84 \times 108^1/_{32}$=6,0 печ. л. (условных 10,08 л.) 10,35 уч.-изд. л. Бум. тип. № 1. Тираж 10 000 экз. Т 01675 МН-53

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Типография издательства «Горьковская правда», г. Горький, ул. Фигнер, 32.

Заказ 5436. Цена 75 коп.